

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

150

POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Hugues RIVIÈRE**

Né le 12 Avril 1914, à DAKAR (Sénégal)

*présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 1942, à 14 heures*

# **La libération des aliénés délinquants ou criminels internés**

**Etude pratique  
des modalités et des conditions de la sortie**

*Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE*

T. E. P. A. C.  
9, rue de Mézières  
PARIS — VI<sup>e</sup>  
— 1942 —



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Nom du Candidat : **M. RIVIERE.**

Prénoms : **Hugues.**

---

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

**RIVIERE (Hugues).** — La libération des Aliénés délinquants ou criminels internés. — Paris, T.E.P.A.C., éditeur, 1942, in-8°, 128 pages.

(Thèse de Médecine, (Ét.)  
Paris 1942, n° )

**RIVIERE (Hugues).** — La libération des Aliénés délinquants ou criminels internés. — Paris, T.E.P.A.C., éditeur, 1942, in-8°, 128 pages.

(Thèse de Médecine, (Ét.)  
Paris 1942, n° )

**RIVIERE (Hugues).** — La libération des Aliénés délinquants ou criminels internés. — Paris, T.E.P.A.C., éditeur, 1942, in-8°, 128 pages.

(Thèse de Médecine, (Ét.)  
Paris 1942, n° )

**RIVIERE (Hugues).** — La libération des Aliénés délinquants ou criminels internés. — Paris, T.E.P.A.C., éditeur, 1942, in-8°, 128 pages.

(Thèse de Médecine, (Ét.)  
Paris 1942, n° )



ANNÉE 1942

THÈSE

N° —

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue le* 1942, à 14 heures

PAR

**Hugues RIVIÈRE**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

---

**La libération  
des aliénés délinquants  
ou criminels internés**

---

**Étude pratique  
des modalités et des conditions de la sortie**

---

*Président :* M. LAIGNEL-LAVASTINE

---

T. E. P. A. C.  
9, rue de Mézières  
PARIS — VI<sup>e</sup>  
— 1942 —

# LE DOYEN : M. BAUDOUIN

## I. — PROFESSEURS

|                                                                        |                    |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                         | MM.<br>ROUVIERE.   |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                                    | GASTINEL.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                     | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                              | N...               |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | QUENU.             |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.            |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.          |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.             |
| Médecine légale .....                                                  | DUVOIR.            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                        | LEVY-VALENSI.      |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | Henri BENARD.      |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | CHIRAY.            |
| Clinique médicale .....                                                | ABRAMI.            |
|                                                                        | FIESSINGER.        |
|                                                                        | N...               |
|                                                                        | HARVIER            |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                       | CATHALA            |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | Robert DEBRE       |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                     | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                         | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale .....                                            | MONDOR             |
|                                                                        | GOSSET.            |
|                                                                        | CADENAT            |
|                                                                        | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.            |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.          |
| Clinique d'accouchements .....                                         | COUVELAIRE.        |
|                                                                        | PORTES.            |
|                                                                        | LEVY-SOLAL         |
| Clinique gynécologique .....                                           | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                    | LEVEUF             |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LOEPER             |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | BROCCQ             |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.       |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | TROISIER.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ....                    | MATHIEU.           |
| Clinique de cardiologie .....                                          | DONZELOT.          |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT.    |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | N....              |
|                                                                        | HAZARD.            |
|                                                                        | DOGNON.            |
| Professeurs sans chaire .....                                          | OLIVIER.           |
|                                                                        | SANNIE.            |
|                                                                        | VERNE.             |
|                                                                        | JAYLE              |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                               |                          | MM.                         |                           |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| AMELINE .....                     | Pathologie chirurgicale. | GIROUD .....                | Histologie.               |
| BARIETY .....                     | Pathologie médicale.     | HAGUENAU ...                | Pathologie médicale.      |
| BERNARD (E.).                     | Pathologie médicale.     | HALPHEN .....               | Oto-rhino-laryngologie.   |
| BESANÇON (J.).                    | Hydrologie.              | JOANNON .....               | Hygiène.                  |
| BONNET .....                      | Bactériologie.           | LACOMME .....               | Obstétrique.              |
| BOULIN .....                      | Pathologie médicale.     | LANTUEJOL .                 | Obstétrique.              |
| BROUET .....                      | Pathologie médicale.     | LAVIER .....                | Parasitologie.            |
| BULLIARD ....                     | Histologie.              | LELONG .....                | Pathologie médicale.      |
| CACHERA .....                     | Pathologie médicale.     | LEMAIRE .....               | Pathologie expérimentale. |
| CORDIER .....                     | Anatomie.                | LENEGRE .....               | Pathologie médicale.      |
| COSTE .....                       | Pathologie médicale.     | M <sup>lle</sup> J. LEVY .. | Pharmacologie.            |
| COUVELAIRE (Roger).               | Urologie.                | MARCHAL .....               | Pathologie médicale.      |
| DELARUE .....                     | Anatomie pathologique.   | MENEGAUX ...                | Pathologie chirurgicale.  |
| DELAY .....                       | Pathologie médicale.     | MOLLARET ...                | Pathologie médicale.      |
| DESGREZ (H.).                     | Physique.                | MOUQUIN .....               | Pathologie médicale.      |
| DESOILLE .....                    | Médecine légale.         | PATEL .....                 | Pathologie chirurgicale.  |
| DIGONNET ....                     | Obstétrique.             | PETIT-DUTAILLIS ...         | Pathologie chirurgicale.  |
| DOGNON .....                      | Physique.                | RENARD .....                | Ophthalmologie.           |
| FEVRE .....                       | Pathologie chirurgicale. | RICHET .....                | Physiologie.              |
| FUNK-BRENTANO...                  | Pathologie chirurgicale. | SENEQUE .....               | Pathologie chirurgicale.  |
| GALLIARD ....                     | Parasitologie.           | SICARD .....                | Pathologie chirurgicale.  |
| GARCIN .....                      | Pathologie médicale.     | SOULIE .....                | Pathologie médicale.      |
| M <sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLARS | Anatomie pathologique.   | SUREAU .....                | Obstétrique.              |
| DE GENNES ...                     | Pathologie médicale.     | TURPIN .....                | Pathologie médicale.      |
|                                   |                          | WILMOTH ....                | Pathologie chirurgicale.  |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM.               |                          | MM.              |                  |
|-------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| ALGLAVE .....     | Pathologie chirurgicale. | PIEDELIEVRE..    | Médecine légale. |
| CHAILLEY-BERT ... | Physiologie.             | LE LORIER ...    | Obstétrique.     |
| GUENIOT .....     | Obstétrique.             | NEVEU-LEMAIRE... | Parasitologie.   |
| HEITZ-BOYER..     | Pathologie chirurgicale. | VAUDESCAL ..     | Obstétrique.     |
| HUGUENIN.....     | Anatomie pathologie.     |                  |                  |

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXÉ

## à titre permanent

| MM.            |                      | MM.           |                          |
|----------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE.   | } Clinique médicale. | BASSET .....  | } Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ .....    |                      | GATELLIER ... |                          |
| CHABROL .....  |                      | de GAUDART    |                          |
| CHEVALLIER .   |                      | d'ALLAINES    |                          |
| LAROCHE (G.).. |                      | MOULONGUET.   |                          |
| LIAN .....     |                      | MOURE .....   |                          |
| MOREAU .....   |                      | FEY .....     |                          |
| SEZARY .....   |                      |               |                          |

| MM.          |                          |
|--------------|--------------------------|
| ECALLE ..... | } Clinique obstétricale. |
| VIGNES ..... |                          |

# V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                         |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | } Education physique. |
| LEDoux-LEBARD .....         |                       |
| DECHARME .....              |                       |
|                             | Radiologie clinique.  |
|                             | Stomatologie.         |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PERE ET A MA MERE

*Je leur dois tout.*

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# INTRODUCTION

---

Sous le nom d'aliénés criminels ou délinquants on peut, avec Colin et Demay, désigner les aliénés ayant commis des actes dangereux contre la Société, crimes ou délits, soit avant, soit depuis leur internement, c'est-à-dire : les inculpés reconnus irresponsables et internés, les condamnés reconnus aliénés en cours de peine (souvent dénommés criminels aliénés), et les quelques aliénés devenus criminels à l'asile.



L'article 64 du Code Pénal déclare :

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Cet article suspend le cours de la justice, et, en pratique, implique le plus souvent la remise du prévenu, dès lors considéré comme un malade, entre les mains des médecins aliénistes.

Seuls en bénéficiaient autrefois les déments ou les délirants, voire les maniaques ou certains mélancoliques. Peu à peu suivant le cours de l'évolution des doctrines psychiatriques étendant le domaine de la psychopathologie aux états de dégénérescence, de déséquilibre, aux états passionnels, aux perversions instinctives..., le nombre des délinquants ou criminels reconnus aliénés s'est accru, et les frontières du pathologique et du normal se sont estompées jusqu'à rendre pour les termes moyens la discrimination difficile et incertaine.

Société que celui d'un autre malade (1). La loi de 1838 n'a établi aucune disposition particulière à leur égard et le médecin d'asile, tout en constatant cette lacune regrettable, se trouve, en pratique, désarmé devant un difficile problème, où ses décisions peuvent être lourdes de conséquence vis-à-vis de la Société. Nous verrons comment actuellement l'usage tend à suppléer à la carence de la loi. Il n'en reste pas moins que la sortie de ces malades devrait être légalement entourée de multiples garanties médicales et sociales et strictement réglementée ; leur retour à la vie commune devrait être accompagnée de mesures efficaces de surveillance et d'assistance.

C'est dans un sens pratique, à l'exclusion de toute préoccupation de principe juridique, qu'après avoir précisé le problème par quelques exemples cliniques, et exposé les solutions qui lui sont actuellement données en France et dans certains pays étrangers, nous essaierons de rechercher les améliorations désirables, les unes réalisables dans le cadre actuel de la loi, les autres nécessitant une modification législative préalable.

---

(1) La sortie des aliénés « judiciaires » ne solutionne pas tout le problème des aliénés dangereux. Il est des aliénés judiciaires pour ainsi dire inoffensifs (délits mineurs ou quasi accidentels), alors qu'il est des aliénés non judiciaires dangereux.

## CHAPITRE PREMIER

---

### PROCEDURE ET MODES DE SORTIE DES ALIENES DELINQUANTS OU CRIMINELS INTERNES

---

#### I. — Etat actuel de la Législation

Bien qu'aucune liaison ne soit officiellement prévue entre les autorités judiciaires et administratives, il est cependant d'un usage constant, lorsque les conclusions de l'expertise préconisent l'internement, que l'aliéné, bénéficiant d'un non-lieu ou acquitté en vertu de l'article 64 du Code Pénal, soit tenu par le Procureur à la disposition du Préfet pour l'application du placement d'office prévu par la loi de 1838. Mais, indépendamment du cas où l'expertise conclut à l'irresponsabilité mais non à l'internement, il arrive parfois que le malade échappe à cette mesure, soit par décision du Préfet refusant de l'interner, soit par décision de l'autorité judiciaire interrompant ses poursuites devant le placement volontaire du malade effectué par les soins de sa famille (observation n° 4 page 26).

Le condamné devenu aliéné en cours de peine est de même interné d'office par le Préfet sur rapport fourni par l'administration pénitentiaire, appuyé d'un certificat du médecin de la prison. Une circulaire du Garde des Sceaux (1), qui paraît bien être restée

---

(1) Au sujet de l'examen mental des détenus et de leur placement dans un Asile. *Circulaire du Ministre de la Justice* du 25 janvier 1914. *Annales Médico-Psychologiques*, 1914, p. 240.

lettre morte, tout au moins dans certains départements, indiquait la nécessité de faire examiner le détenu par un médecin spécialiste ou, à son défaut, par un médecin autre que celui de la prison, ce dernier ne pouvant provoquer l'internement qu'en cas d'urgence. Obligation était faite au Préfet d'en référer au Parquet avant de procéder au placement d'un prévenu, et d'informer le Ministre de la Justice de toute mesure prise à l'égard des détenus. En particulier, « en aucun cas, le détenu aliéné, dont la guérison aura été constatée, ne devra être mis en liberté sans mon autorisation préalable (1) ».

\*  
\* \*

Interné, la loi ignore l'aliéné criminel, en tant que tel, et l'assimilant dès lors à tout autre aliéné placé d'office, elle n'envisage pour lui aucun mode spécial de libération. La procédure est celle de la sortie après placement d'office, prévue par la loi de 1838.

La sortie en cas de placement d'office s'obtient, le cas de recours judiciaire excepté, par l'intervention obligatoire de l'autorité administrative (Préfet en province, Préfet de Police à Paris).

#### SORTIE ORDONNÉE PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE.

La loi prescrit :

ART. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser au Préfet, dans le premier mois de chaque

---

(1) En fait, à Rennes par exemple, la sortie étant accordée par le Préfet sur proposition du médecin, le détenu est reconduit à la maison centrale par les soins de l'Asile. Il est à remarquer qu'un usage constant fait compter le temps d'internement dans l'accomplissement de la peine. En droit strict, la détention dans un Asile, étant une mesure de précaution et non une mesure pénale, ne devrait pas compter dans la mesure de la peine. Mais la pratique administrative, plus bienveillante, est fixée en sens contraire. Comme le temps passé à l'infirmerie par un condamné malade compte dans le calcul de la durée de la peine, on estime qu'il doit en être de même du temps passé dans un Asile, bien que la peine ne puisse être subie par un inconscient. Mais cette mesure n'est prévue par aucun texte. Peut être provient-elle de l'interprétation de la circulaire du 29 décembre 1866, aux termes de laquelle la dépense d'un détenu interné incombe au « Service des Prisons », jusqu'au jour où la peine est terminée.

semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le Préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

ART. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'art. 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'art. 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'art. 30 ci-après, d'en référer aussitôt au Préfet qui statuera sans délai.

La loi n'a donc officiellement prévu que deux circonstances de sortie :

— soit au moment où le Préfet doit décider du maintien ou de la sortie de tous les aliénés, c'est-à-dire lors du rapport semestriel.

Art. 20.

L'arrêté de sortie n'est en pratique que très rarement pris à cette occasion.

— soit dans l'intervalle de ces six mois, sur l'initiative du médecin par inscription au registre de la loi, pratiquement sous forme de certificat médical « à fins de sortie », transmis aussitôt au Préfet qui doit statuer sans délai. Art. 23.

L'initiative réelle du médecin se manifeste surtout en cas d'absence ou de carence de tout parent ou ami. En effet, l'usage a montré qu'il y avait, pour les aliénés, une circonstance de libération beaucoup plus fréquente que les deux seules prévues officiellement par la loi : c'est la demande de sortie formulée par les parents ou amis du malade, ou par le malade lui-même (aucune réclamation envoyée par lui à l'autorité administrative ne peut être retenue aux termes de l'article 29).

Le Préfet peut donner à ces demandes la suite qu'il veut. Il est d'un usage constant qu'il réclame au médecin son avis sur l'opportunité de la sortie. Le médecin rédige alors un certificat médical « de situation », avec proposition de maintien ou de libération. C'est l'utilisation indirecte de l'art. 23, l'initiative médicale étant en fait sollicitée par le Préfet.

Dans ces trois circonstances (rapport semestriel, initiative du

médecin, demande du malade ou des siens) le Préfet doit statuer et prendre un « arrêté de sortie » s'il décide de libérer le malade. L'arrêté est communiqué au Directeur de l'établissement qui est chargé de son exécution.

On voit que, dans tous les cas, l'ordre de sortie préfectoral des placements d'office n'est pris qu'après avis médical. Mais le Préfet a un pouvoir discrétionnaire à ce sujet et peut ordonner la sortie ou la refuser contrairement à l'avis médical, qu'il peut d'ailleurs ne pas provoquer.

#### SORTIE ORDONNÉE PAR L'AUTORITÉ JUDICIAIRE — RECOURS JUDICIAIRE.

Constituant surtout aux yeux de la loi une garantie à la liberté individuelle, le recours à l'autorité judiciaire, suivant l'art. 29 de la loi de 1838, est en pratique une procédure fréquemment employée par l'interné ou sa famille quand la sortie n'a pu être obtenue par les voies ordinaires ou a rencontré des obstacles. C'est dans la majorité des cas un recours contre l'autorité administrative, contre le Préfet.

ART. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le Tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du Conseil, et sans délai. Elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucune requête, aucune réclamation adressée, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissement, sous les peines portées au titre III ci-après.

Le recours est donc largement ouvert à tous, et sa procédure rapide et discrète.

Son introduction peut avoir lieu sur « simple requête », c'est-à-dire sans frais pour le malade. Nous verrons qu'en province elle peut l'être en effet sous cette forme, alors que dans la Seine la requête doit être présentée par ministère d'avoué (l'Assistance judiciaire compense cet effet).

— Le tribunal compétent est le tribunal civil dont dépend le lieu de l'établissement.

— La loi spécifie la nécessité d'une enquête préalable au jugement. Ces vérifications sont laissées à l'appréciation du juge. Le plus souvent la décision est prise après avis du médecin traitant et, au besoin, rapport d'un médecin expert.

— La requête est examinée par le Tribunal en chambre du Conseil et la décision rendue non motivée.

Le Tribunal peut ordonner la sortie malgré les conclusions contraires du médecin traitant ou de l'expertise médicale.

— La communication au malade du rejet de sa demande n'est pas obligatoire. Lorsqu'elle a lieu, elle peut être formulée, soit par une simple lettre au Directeur de l'Asile, soit par une notification officielle du jugement par ministère d'huissier, soit par une lettre de l'avoué à l'intéressé (cas particulier au département de la Seine). La notification à la personne par huissier doit être discutée, comme pouvant être nuisible à l'état du malade ; il arrive parfois que, le médecin traitant s'étant opposé à cette pratique, le requérant aille jusqu'à demander au greffe un extrait du jugement (cf. observation 12, page 46).

— Les décisions du Tribunal, lorsqu'elles concluent au rejet, ne sont jamais portées à la connaissance du Préfet (exception faite pour le département de la Seine).

— Si le recours est jugé valable et la sortie ordonnée, la décision du Tribunal est communiquée au Directeur de l'établissement et doit être immédiatement exécutée. Le Tribunal en informe généralement le Préfet, mais non obligatoirement. Dans la Seine, le Parquet informe, systématiquement et immédiatement, le Préfet de Police de l'ordre de mise en liberté. Celui-ci avertit sans retard le Directeur d'avoir à exécuter la décision du Tribunal.

— Si satisfaction n'a pas été donnée au requérant, il peut faire appel suivant les règles du droit commun (Chambre civile de la Cour d'Appel) ou renouveler son recours.

\*  
\* \*

Telles sont donc les dispositions de la loi quant à la sortie des aliénés internés d'office, *loi qui n'a prévu ni garanties ni conditions particulières à la sortie des aliénés judiciaires*. L'usage tend à remédier à cet état de choses et nous allons décrire comment s'effectue en pratique la sortie de ces aliénés.

Nous envisagerons successivement leur sortie des asiles de province, leur sortie des asiles de la Seine, enfin leur sortie des quartiers de sûreté de l'Asile de Hoerdt et de l'Asile de Villejuif. Les modalités en sont, en effet, différentes dans chacun de ces trois groupes d'établissements. Après les avoir exposées et illustrées d'exemples nous posséderons ainsi une vue d'ensemble des solutions actuellement apportées en France à la sortie des aliénés délinquants ou criminels. Nous pourrons ensuite mieux formuler critiques et suggestions.

\*  
\* \*

## II. — La sortie des aliénés judiciaires internés dans les asiles de province

En pratique, le seul mode de libération d'un aliéné judiciaire interné dans un asile (1) de province est la sortie ordonnée par l'autorité administrative. Nous n'avons pas à notre connaissance de cas où la sortie, refusée par le Préfet, ait été accordée par l'autorité judiciaire. Comme le Préfet suit presque toujours les conclusions du certificat médical on peut dire, qu'en fait, la sortie

---

(1) Nous n'ignorons pas que le décret du 5 avril 1937, fait obligation de substituer au terme « asile » celui d' « hôpital psychiatrique » ; pour des raisons de commodité, nous conserverons cependant au cours de ce travail le terme d' « asile ».

de l'aliéné criminel est pour ainsi dire entre les mains du médecin-chef de service. A l'accoutumée, le Préfet ne fait aucune difficulté à la libération en cas de proposition de sortie, et ne passe pas outre à un avis défavorable du médecin traitant. Bien que l'internement ait été provoqué par l'autorité judiciaire et après expertise, c'est le Préfet qui, seul, sur le vu du certificat du médecin-chef, prend la responsabilité de la décision de sortie et l'ordonne sans en avoir au préalable référé au Parquet.

Le processus habituel est le suivant :

— l'interné, sa famille ou un ami, réclame par lettre la sortie au Préfet du département.

— ce dernier demande au médecin-chef de service un certificat de situation.

— si le médecin traitant propose le maintien, le Préfet refuse la sortie. Il fait ou non savoir sa décision au requérant ; l'interné est éventuellement informé par l'intermédiaire du Directeur de l'établissement.

— si le médecin traitant conclut à la sortie, le Préfet l'accorde, parfois sous conditions, et en ordonne l'exécution au Directeur.

Quand le médecin prend l'initiative de la sortie en rédigeant un certificat « aux fins de sortie », la procédure est la même.

#### **OBSERVATION n° 1.**

— Mme D... internée après rapport médico-légal, le 19 mai 1938, à l'Asile de Fleury. Mélancolie post-puerpérale. Meurtre de son enfant.

— Demande de sortie émanant du mari de la malade, adressée au Préfet du Loiret le 15 mars 1940.

— Certificat de situation à la demande du Préfet : Conclusion de maintien, le 19 mars 1940.

— Le Préfet refuse la sortie

— Le 30 novembre 1940. Proposition de sortie faite par le Médecin-Chef au Préfet, après accord avec le mari de la malade.

Certificat aux fins de sortie en congé :

« ...Proposition de congé d'essai suivant la demande du mari, à condition que les 3 enfants de l'intéressée actuellement confiés à l'Assistance Publique soient conservés par ce service pendant une durée minimum de 6 mois à compter de la sortie », Dr. Léculier.

— Le Préfet accorde le congé d'essai. Sortie en congé le 2 décembre 1940.

— Le 24 janvier 1941, proposition de sortie définitive adressée par le médecin-chef au Préfet.

— Sortie définitive accordée par le Préfet.

Il arrive que, malgré l'avis favorable ou la proposition de libération, formulés par le médecin-chef, le Préfet refuse la sortie. Le cas est exceptionnel. Nous n'en avons à notre connaissance qu'un seul exemple :

**OBSERVATION n° 2 (1).**

— Mme C..., née en décembre 1891, inculpée d'homicide (empoisonnement) sur les personnes de son amant et de sa fille.

— Transférée de la maison d'arrêt de Carcassonne, la malade est internée le 20 décembre 1934 à l'Asile de Limoux.

— L'aliénation mentale n'étant pas reconnue (Dr. Piquemal), Mme C... est, à la quinzaine, remise à l'administration pénitentiaire.

— Elle est ensuite successivement conduite à la Clinique des maladies mentales de Toulouse, réinternée à Limoux et, à la quinzaine, étant considérée comme simulatrice, réintégrée à la prison. Ramenée 8 jours à Limoux elle est transférée à l'asile de Font d'Aurelle où elle est internée d'office le 19 juin 1935. Une contre expertise la reconnaît irresponsable : idées mystiques sur fond de débilité mentale — idées hypocondriaques — phénomènes pithiatiques. Elle est transférée à l'Asile de Limoux le 6 janvier 1936.

— Certificat aux fins de sortie d'essai le 8 janvier 1941 : « ... paraît présenter une amélioration mentale telle qu'il est devenu possible de la confier à son frère qui la demande et a pris, à son endroit, un engagement écrit d'assistance. Cependant, étant donné la gravité des faits qui avaient motivé l'internement, il est prudent que la sortie ne se fasse qu'à l'essai pour une période de 2 mois, renouvelable pour une égale durée, à la suite d'un certificat médical que j'établirai après une nouvelle visite de Mme C... ». Dr. Gardien.

— Lettre du Préfet le 23 janvier 1941 : « Le 8 janvier courant vous m'avez transmis un certificat aux fins de sortie concernant la nommée C..., internée dans votre établissement le 19 décembre 1934, inculpée d'empoisonnement et d'homicide volontaire, venue de la Maison d'arrêt de Carcassonne.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que *je refuse d'autoriser la sortie à titre d'essai de cette aliénée* »

---

(1) Le Dr GARDIEN a bien voulu nous communiquer cette observation dont nous le remercions vivement. Un recours devant le Tribunal (art. 29), ayant motivé un certificat de situation du Dr QUÉRON favorable à une libération à l'essai, est actuellement en instance.

Mais le cas précédent est exceptionnel, et il est d'un usage habituel que la décision du Préfet entérine l'avis du médecin-chef, que celui-ci soit favorable ou non à la sortie.

Refusée par le Préfet, la sortie peut lui être à nouveau réclamée au bout d'un temps plus ou moins court et la demande en être renouvelée extrêmement souvent. A chaque nouvelle requête le Préfet réclame au médecin-chef un certificat de situation, et a coutume de se ranger à son avis. La sortie peut être ainsi refusée un grand nombre de fois par la seule autorité du Préfet s'appuyant sur le certificat médical.

Il arrive toutefois, sans qu'il y ait aucune obligation à ce sujet, que le Préfet, dans certains cas, transmette au Procureur le dernière en date des demandes de sortie que lui présente d'une façon itérative le malade ou sa famille, et auxquelles il a jusqu'à ce jour répondu négativement. Le Procureur peut saisir alors le Tribunal qui, après avoir demandé au médecin-chef un certificat de situation, commet parfois un médecin expert et se prononce en chambre du Conseil. Nous en aurons un exemple dans l'observation ci-après.

Mais ce cas est à la vérité assez rare, car l'interné devant les refus réitérés du Préfet ne tarde généralement pas à user de la latitude qu'il a de se pourvoir devant le Tribunal suivant l'article 29 de la loi.

Il est une tradition dans les asiles qui fait que, sauf exceptions, ce n'est pas au Tribunal que le malade adresse sa requête, mais au Procureur, protecteur légal de la liberté individuelle. Par une simple lettre il lui demande, lui ou sa famille, sa mise en liberté. En fait le malade ne s'est donc pas pourvu à fins de sortie suivant l'article 29, pourvoi qu'il aurait alors dû déposer devant le Président du Tribunal ; il a seulement présenté au Procureur une demande de sortie. En conséquence ce dernier a licence de saisir ou non le Tribunal de la demande de libération. Suivant les cas il le fera effectivement ou non.

Le Procureur tout d'abord réclame au médecin-chef un certificat

de situation. Le plus souvent, une première fois, sans saisir le Tribunal, il ne donne aucune suite à la demande de sortie, quand les conclusions du médecin-chef sont opposées à celle-ci. (Communication n'est habituellement pas faite à l'interné du refus du Procureur qui souvent d'ailleurs s'abstient purement et simplement de répondre).

Parfois à la première requête, le plus souvent après demandes réitérées, le Procureur saisit le Tribunal. Celui-ci, nous l'avons vu, peut aussi être directement saisi par l'intéressé ou sa famille, qui se sont pourvus devant lui suivant l'article 29.

Ayant demandé au médecin-chef un certificat de situation, le Tribunal peut se prononcer en ayant ou non commis au préalable un médecin expert (choisi à l'accoutumée dans le cadre des médecins des Asiles).

Dans les cas qui ne souffrent pas de discussion et où le maintien est évident, le Tribunal, sans avoir provoqué d'expertise, prononce, réuni en chambre du Conseil, le maintien en séquestration.

En d'autres circonstances il ordonne une expertise. Les conclusions du médecin expert sont, en règle, semblables à celles du médecin traitant et le Tribunal se range à leurs avis concordants. Nous n'avons pas d'exemple où le Tribunal ait prononcé la sortie de l'interné sur avis contradictoire du médecin expert et du médecin-chef, ou malgré un avis commun de maintien formulé par les deux praticiens, comme cela se voit parfois dans la Seine.

De même que le Préfet, les représentants de l'autorité judiciaire peuvent se voir demander un nombre considérable de fois la libération du malade, tant par ce dernier que par les siens. On trouve certains dossiers qui portent mention d'une infinité de demandes de sortie, soit au Préfet, soit au Procureur, renouvelées sans cesse malgré un refus systématique.

Des observations de malades se voyant refuser une ou plusieurs fois leur sortie par le Procureur ou par le Tribunal sont monnaie courante dans les services. Voici une observation qui, tout en illustrant en partie ce que nous venons d'exposer, présente l'inté-

rêt supplémentaire de montrer, non pas le malade ou l'un des siens, mais le Préfet lui-même, saisissant le Procureur d'une demande de sortie formulée d'une façon répétée par le père de l'interné malgré l'opposition de nombreux refus antérieurs.

**OBSERVATION n° 3.**

— D..., né le 10 janvier 1899, inculpé de tentative de meurtre (coup de revolver à huissier), tentative de suicide.

— Rapport médico-légal du 12 janvier 1934 concluant à encéphalite épidémique avec troubles du caractère et irritabilité impulsive. Irresponsabilité.

— Interné après non-lieu, à Fleury le 31 janvier 1934.

— 18 avril 1934 ; certificat de situation à la demande du Préfet sur demande de sortie présentée par le père du malade : Conclusion de maintien en séquestration.

Le Préfet ne répond pas à la demande de sortie.

— Interventions d'un parlementaire et d'un médecin en faveur de la libération de l'interné.

— Le 19 juillet et le 6 août certificat de situation à la demande du Préfet sur demande de sortie présentée par le père du malade : Conclusions de maintien en séquestration.

Le Préfet refuse la sortie.

— Le 29 août 1934 évasion du malade qui est retrouvé dans sa famille après plusieurs mois.

— Le 9 décembre 1934 réintégration à l'Asile de Fleury. Protestations du père qui menace d'une campagne de presse (il est lui-même journaliste et agent électoral).

— Le 3 janvier 1935 nouveau certificat de situation à la demande du Préfet, sur demande de sortie présentée par le père : Conclusions de maintien.

Le Préfet refuse la sortie.

— Sur une nouvelle demande du père le Préfet communique la lettre de ce dernier au Procureur.

— Certificat de situation à la demande du Procureur : Conclusion de maintien. Proposition d'expertise.

— Le Procureur saisit le Tribunal.

— Certificat de situation à la demande du Président du Tribunal : Conclusion de maintien.

— Expertise du malade par un médecin expert commis par le Tribunal, 4 avril 1935.

— Le Tribunal réuni en Chambre du Conseil prononce le maintien en séquestration.

Voici enfin un cas de sortie tout à fait exceptionnel : après avoir, pour échapper à une sanction, procédé, en cours d'affaire judi-

ciaire, au placement volontaire de leur fils à l'asile, les parents retirent le malade un mois après son internement.

**OBSERVATION n° 4.**

— G..., né en 1909, placé volontairement le 26 mars 1930 à l'asile de Fleury, à la requête des parents.

— Certificat immédiat :

« Est atteint d'imbécillité avec notions bornées. Malgré qu'il s'agisse d'un placement volontaire, il importerait d'être renseigné officiellement sur l'attentat à la pudeur signalé au certificat d'admission. En cas de danger social nettement caractérisé, je verrais à proposer le placement d'office (art. 21) ». Dr Beaussart.

— Certificat de quinzaine :

« Est atteint d'imbécillité. Un attentat à la pudeur, consommé sur une fillette le 25 mars dernier, aurait déterminé la famille à demander le placement volontaire. Il y aurait lieu, dans un but de sauvegarde sociale, de réclamer à la gendarmerie le procès-verbal d'enquête, qu'elle n'a pas été sans établir, de façon à ce que je puisse éventuellement prendre ou proposer telles ou telles mesures utiles, au cas où la famille réclamerait la sortie ». Dr Beaussart.

— L'enquête réclamée est fournie le 21 avril 1930. Elle apprend que le 14 mars, le malade s'est livré à un attentat à la pudeur sur une fillette de 8 ans, menaçant de mettre le feu à ses vêtements en cas de résistance. Actes semblables quelques années auparavant.

— Le 24 avril 1930, proposition de transformation du placement volontaire en placement d'office.

— Le même jour, le médecin-chef est appelé à répondre à une lettre des parents annonçant leur intention de retirer leur fils de l'asile. Il leur indique la nécessité de garder ce dernier interné, et leur rappelle que le Parquet leur a fait connaître qu'il les rendrait civilement responsables en cas de récidive, par leur fils, d'actes antisociaux.

— Le 29 avril, les parents se sont présentés à l'asile, exigeant la remise de leur fils. Il leur a été confié, après qu'ils eussent souscrit les engagements de sa prise en responsabilité. Etant donné le certificat du 24 avril, la Direction aurait dû, avant d'autoriser la libération, intervenir près de la Préfecture afin de connaître la suite donnée à la demande de transformation en placement d'office.

— Le certificat de mise en liberté et une lettre du médecin-chef au Procureur signalent les conditions dans lesquelles la sortie a pu avoir lieu (précipitation de la famille à reprendre le malade avant que la Préfecture ait eu le temps d'intervenir par le placement d'office).

L'affaire de mars 1930 n'avait pas été poursuivie du fait de la promesse de la famille faite à l'autorité judiciaire, en cours d'instruction, de faire interner le malade. Il n'y eut pas à notre connaissance d'expertise ordonnée. Il est vraisemblable qu'on a dû alors produire le certificat aux fins de placement.

— Le 24 mai 1936, le malade est à nouveau poursuivi pour attentat à la pudeur, et, après expertise, interné d'office à l'Asile de Fleury.

C'est parfois l'autorité administrative qui, vu l'urgence, procède au placement, et il arrive qu'aucune procédure n'intervienne ensuite. C'est le cas d'une malade internée à Fleury par ordre du Maire de sa commune le 31 décembre 1939, après avoir blessé gravement son fils à coups de couteau. Aucune suite judiciaire ne fut donnée à cette tentative de meurtre.

\*  
\* \*

En somme, en province, c'est, à notre connaissance, toujours par l'autorité administrative qu'est prise la décision de sortie d'un aliéné judiciaire interné. C'est sans en référer à l'autorité judiciaire que le Préfet prononce la libération.

Le recours à l'autorité judiciaire, bien que fréquemment employé, ne semble jamais provoquer une libération précédemment refusée par le Préfet. (L'inverse peut avoir lieu, Obs. n° 12, page 46, car le Préfet n'est pas informé des décisions judiciaires défavorables).

Les autorités administrative et judiciaire demandant toujours au médecin-chef de service son avis sur l'opportunité de la sortie, et se référant aux conclusions de son certificat, tant pour accorder la libération que pour la refuser, on peut dire, qu'en fait, le médecin est, pour ainsi dire, le maître et le seul maître de la mise en liberté des aliénés judiciaires internés dans son service.

Pour tenter d'obtenir sa libération, l'aliéné peut encore interjeter appel de la décision du Tribunal, ou bien demander son transfèrement dans un autre asile d'où il espère plus facilement sortir, ou enfin s'évader. Nous envisagerons dans un chapitre commun aux Asiles de province et aux Asiles de la Seine les possibilités de sortie par juridiction d'appel, par transfèrement, par évasion.

### III. — La sortie des aliénés judiciaires internés dans les asiles de la Seine

Dans les Asiles de la Seine, bien que la majorité de ceux-ci soient situés sur le département de Seine-et-Oise, ce n'est pas le Préfet du département mais le Préfet de Police qui ordonne l'internement ou la sortie des aliénés.

Lorsque l'expertise médico-légale a plus de quinze jours de date, il est d'usage, avant que ne soit ordonné l'internement, de faire passer le malade par l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, aux fins de décision de placement.

Quand un prévenu ou un condamné présente des troubles psychiques il est envoyé à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt qui décide administrativement (renvoi à la prison ou internement). S'il s'agit d'un inculpé, l'autorité judiciaire se met ensuite en mesure de le faire expertiser pour prendre une décision quant à sa responsabilité éventuelle.

Pas plus qu'en province, aucun texte officiel ne régit le mode de sortie des aliénés délinquants ou criminels internés. L'usage seul, fait, en pratique, distinguer différentes procédures. Mais en aucun cas le Préfet de Police n'autorise la sortie d'un aliéné médico-légal sans en avoir au préalable référé à l'autorité judiciaire. En effet, depuis 1920, la Préfecture de Police, a, suivant les cas, pris coutume, soit de ne prononcer la libération qu'après avis conforme du Parquet, soit de se récuser d'emblée et de renvoyer le requérant à se pourvoir devant le Tribunal suivant l'article 29.

1°) APRÈS DÉLITS OU AFFAIRES D'IMPORTANCE RELATIVEMENT MINIME, la sortie se fait par la procédure suivante :

— par simple lettre, le malade, ou l'un des siens, demande sa sortie au Préfet de Police.

— le Préfet de Police réclame un certificat de situation au médecin-chef de service.

a) *Le certificat médical conclut au maintien en séquestration :*

Le Préfet de Police, sans recourir à l'avis de son médecin inspecteur, refuse la sortie.

b) *Le certificat médical conclut à la sortie :*

Le Préfet de Police recourt, en général, au médecin inspecteur :

— si celui-ci conclut au maintien, le Préfet de Police se range à l'avis de son médecin inspecteur, et refuse la sortie.

— si l'avis du médecin inspecteur est favorable à la sortie, le dossier est envoyé au Parquet.

— si le Parquet ne s'oppose pas à la sortie, cette dernière est prononcée par le Préfet de Police.

— si le Parquet ne donne pas un avis favorable, il conseille au requérant de se pourvoir devant le Tribunal suivant l'article 29.

Le Tribunal commet ou non un médecin expert et accorde ou refuse la sortie en chambre du Conseil.

Les médecins inspecteurs ou experts sont en général des médecins psychiatres choisis dans le cadre des médecins des Asiles de la Seine ou de l'Infirmierie Spéciale.

2°) DANS LES AFFAIRES CRIMINELLES OU DE GRAVE IMPORTANCE, le Préfet de Police refuse de statuer sur une demande de libération et renvoie le requérant à se pourvoir, suivant l'art 29, devant le Tribunal. Mais il n'y a pas d'initiative du Préfet de Police à ce sujet et tout requérant dans la Seine doit constituer avoué, à ses frais ou en demandant l'assistance judiciaire.

C'est devant le Parquet que le requérant dépose la demande *d'assistance judiciaire*. Au cours de l'examen des demandes d'assistance judiciaire, le Procureur réclame assez souvent certains renseignements à la Préfecture de Police qui répond en faisant connaître : la date d'internement, la notion d'interdiction ou non, les instances antérieures et les décisions éventuelles prises par le Tribunal. Il n'est pas joint de documents médicaux. Quand l'assistance est accordée, un avoué est désigné d'office qui introduit devant le Tribunal l'instance en libération, après avoir demandé à l'interné les éléments de sa requête. L'assistance judiciaire est en pratique toujours accordée à un requérant indigent lors de sa première demande ; s'il se pourvoit trop souvent, ou après un

laps de temps trop court depuis le dernier refus de sortie, sa demande peut être soit rejetée d'emblée, soit acceptée seulement après un temps plus ou moins long, qui n'excède habituellement pas 3 mois. La décision du bureau d'assistance est toujours notifiée quand elle est négative : positive, l'intéressé en a connaissance par l'avoué qui a été désigné. En cas d'appel, le bureau d'assistance judiciaire près la Cour décide de même du refus ou de l'accord de l'assistance, mais, c'est sans avoir eu connaissance du dossier de première instance ni des avis médicaux concernant le malade, qu'il se trouve obligé de statuer sur la demande.

Ce n'est qu'une fois l'assistance accordée, l'avoué désigné, et l'instance engagée par lui, que le Parquet, par la voie de la Préfecture de Police, réclame systématiquement un certificat de situation au médecin chef. En communiquant celui-ci au Parquet, la Préfecture de Police joint, suivant les circonstances, l'avis de son médecin inspecteur, les enquêtes sur les garanties familiales ou sociales, l'expertise ayant conclu à l'internement, l'histoire du malade.

Un ou plusieurs experts ayant été commis ou non, le Tribunal se réunit alors en Chambre du Conseil, et rend son jugement.

Il *ordonne* le plus souvent la sortie sur les avis favorables du médecin-chef et du médecin expert, mais il arrive qu'il ordonne la libération, soit sans avoir provoqué d'expertise et sur le seul vu du certificat du médecin chef, soit malgré l'avis contraire du médecin chef et du médecin expert. Lorsque le Tribunal accorde la sortie d'un antisocial, la Préfecture (Service des aliénés), signale l'intéressé, soit à la Police Judiciaire, soit au commissaire de police, dans la Seine, soit au Préfet du département où doit se rendre le sujet.

Il *refuse* le plus souvent la sortie sur les avis défavorables du médecin chef et du médecin expert. Il arrive que le Tribunal, malgré un certificat du médecin chef concluant à la sortie, refuse la libération, mais c'est souvent après conclusion d'expertise contraire à l'avis du médecin traitant. Lorsque le Tribunal a débouté un requérant ou en a ordonné la sortie, la Préfecture de Police

réclame l'expertise qui a pu être ordonnée. Elle a coutume d'en communiquer les conclusions au médecin chef quand la demande de libération a été repoussée. La mise en liberté ayant été ordonnée, les médecins ont toute latitude pour compulser le dossier de leur malade à la Préfecture de Police.

L'intéressé est informé de la décision négative du Tribunal par le Procureur qui, en lui annonçant le rejet de sa demande, peut lui faire savoir en même temps qu'il dispose de tel délai pour se pourvoir en Appel. L'avoué, de son côté, tient son client au courant de la décision.

Quand le requérant sans passer par le Préfet de Police s'adresse directement au Tribunal, ce dernier agit comme précédemment.

\*  
\*\*

La procédure de sortie des aliénés criminels internés dans les Asiles de la Seine est donc à plusieurs échelons.

|                              |   |                                                         |
|------------------------------|---|---------------------------------------------------------|
| — avis du médecin chef       | } | <i>Décision prise par l'autorité<br/>administrative</i> |
| — avis du médecin inspecteur |   |                                                         |
| — avis du Parquet            |   |                                                         |

et si nécessaire :

|                          |   |                                                     |
|--------------------------|---|-----------------------------------------------------|
| — avis du médecin chef   | } | <i>Décision prise par l'autorité<br/>judiciaire</i> |
| — avis du médecin expert |   |                                                     |

Voici quelques exemples qui illustreront les différentes procédures de sortie en vigueur dans la Seine.

A) DÉCISION DE SORTIE PRISE PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE.

|                                                           |   |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
|                                                           | } | <i>Sortie<br/>ordonnée<br/>par le<br/>Préfet<br/>de Police</i> |
| <i>Le Médecin chef est favorable à la sortie</i>          |   |                                                                |
| a) <i>Le Médecin inspecteur est favorable à la sortie</i> |   |                                                                |
| <i>Le Parquet ne s'oppose pas à la sortie</i>             |   |                                                                |

**OBSERVATION n° 5.**

N..., né le 18 décembre 1920. Détenu depuis le 20 janvier 1937 à Fresnes (voies et fugues). Envoyé le 10 avril à l'Infirmerie Spéciale, par jugement du Tribunal pour enfants et adolescents de la Seine, après non lieu (expertise du Dr Heuyer).

— Le 11 avril 1937 interné à Villejuif (2<sup>e</sup> section).

— Le 22 novembre 1937, un député demande à la Préfecture de Police si le malade peut être rendu à son père.

— Certificat de situation du 15 décembre 1937 (Dr Ducosté) : la sortie est subordonnée à la surveillance du père.

— Le 23 décembre 1937, la Préfecture de Police répond qu'il est impossible d'accorder la sortie mais que le père peut se pourvoir (art. 29) devant le Tribunal.

— Le 17 octobre 1938, certificat de situation réclamé par la Préfecture de Police à la demande du Parquet, une requête aux fins de sortie étant présentée par un avoué au Tribunal.

— Certificat de situation du 21 octobre 1938 (Dr Ducosté) : la sortie est subordonnée à la surveillance du père.

Envoi de la pièce, avec demande de la Préfecture de Police d'être tenue au courant de la décision du Tribunal.

— Le 22 novembre 1938, enquête de la Préfecture de Police sur les garanties offertes par le père.

— Le 10 décembre 1938, enquête de la Préfecture de Police près le Préfet de la Côte-d'Or, sur un parent qui recevrait le malade (expertise du Dr Heuyer jointe).

— Le 6 janvier 1939 le Préfet de Dijon répond que le parent refuse de se charger de N...

— Le 27 février 1939, envoi au Parquet par la Préfecture de Police du certificat du 21 octobre 1938 et des enquêtes, en faisant connaître que la sortie administrative ne peut être accordée.

— Le 10 mars 1939, jugement rejetant la demande de mise en liberté, notifié par le Parquet à la Préfecture de Police le 15 mars.

— Le 7 mai 1940, certificat de situation réclamé par le Parquet à la Préfecture de Police, une requête aux fins de sortie étant adressée par un avoué au Tribunal.

— Le 13 mai certificat de situation (Dr Ducosté) : avis défavorable.

— Le 22 mai, pièce envoyée au Parquet par la Préfecture de Police qui demande à être tenue au courant de la décision du Tribunal et qui réclame communication du rapport d'expertise éventuel.

— Evasion le 14 décembre. Réintégration le 15 décembre.

— Le 12 février 1941, demande de sortie adressée par le père à la Préfecture de Police.

— *Certificat de situation* le 21 février :

« Débilité mentale avec perversions instinctives. Ne pourrait sortir qu'à la condition d'être gardé par ses parents et au moment seulement du départ de ceux-ci pour la Côte-d'Or où ils doivent se retirer ». Dr Beaussart.

— *Rapport du Médecin Inspecteur*, Dr X. Abely : avis favorable à la sortie,

sous réserve que le père se fixe en Côte-d'Or, et ne prenne son fils qu'à son départ pour ce département

— Le 18 mars 1941, *avis du Parquet* sur l'opportunité de la sortie, réclamé par la Préfecture de Police, avec envoi du certificat et du rapport. Pas d'opposition du Parquet.

— Arrêté de sortie du 29 mars.

— Libération le 4 avril 1941. Après la sortie, la Préfecture de Police en avise la Préfecture de la Côte-d'Or, en demandant que N... soit tenu en observation.

Nous avons donc eu, au cours de cette observation, l'exemple d'un jugement défavorable à la sortie sur le seul vu du certificat du médecin traitant, puis, de la libération prononcée par la Préfecture de Police, sur avis conforme du médecin traitant et du médecin inspecteur, après avis favorable du Parquet.

Il arrive que la sortie administrative soit prononcée, très exceptionnellement, sans recours préalable à l'avis du médecin inspecteur, et sans sollicitation de l'opinion du Parquet :

#### OBSERVATION n° 6.

— M..., né en juin 1906, condamné à 4 mois de prison pour vol ; à la Santé depuis le 20 mars 1941. Condamnations antérieures.

— Internement, en cours de détention, le 23 mars 1941, après passage à l'Infirmerie Spéciale.

— Certificat de situation à la demande de la Préfecture de Police, une demande de sortie ayant été déposée par la femme de M... le 27 septembre :

« Paralytique général. Amélioration après impaludation pratiquée depuis l'admission. Peut sortir dans les conditions stipulées dans la lettre de sa femme qui le réclame, à savoir, qu'il partira aussitôt en Indre-et-Loire, chez son père ». Dr Beaussart.

— *Pas de visite du médecin inspecteur.*

— Le 4 octobre, demande de la Préfecture de Police à la direction de la Police judiciaire, pour savoir s'il existe des pièces de justice concernant le malade ; réponse négative. *Pas de sollicitation de l'avis du Parquet.*

— Sortie accordée par arrêté préfectoral. Libération le 24 octobre 1941.

Il est à présumer que les garanties ont été ainsi réduites au minimum parce qu'il s'agissait d'un condamné, aliéné méconnu, en fin de peine, et non d'un prévenu.

|    |                                                          |                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| b) | <i>Le médecin chef est défavorable à la sortie</i>       | } <i>Sortie<br/>rejetée<br/>par le<br/>Préfet<br/>de Police</i> |
|    | <i>Le médecin inspecteur est défavorable à la sortie</i> |                                                                 |

**OBSERVATION n° 7.**

— C..., né le 6 avril 1897, poursuivi pour outrages publics à la pudeur. Non lieu le 30 juillet 1940, pour irresponsabilité (expertise du Dr Heuyer du 15 avril).

— Internement à Villejuif (Sect. Henri Colin) après passage à l'Infirmerie Spéciale.

— Le 15 novembre 1940, demande de sortie présentée par la mère à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 25 novembre 1940 :

« Est atteint de Parkinsonisme encéphalitique ayant déterminé chez lui l'apparition de perversions sexuelles... Resté dans l'état mental où il se trouvait au moment de l'expertise. Famille incompréhensive estimant qu'il a été interné à tort. *A mon avis il serait prématuré de procéder à la sortie.* L'Administration estimera si elle doit le signaler à l'autorité judiciaire (art. 29) ou le faire examiner par le médecin inspecteur ». Dr Beaussart.

— Le 3 février 1941 la Préfecture de Police fait savoir qu'à la suite du rapport du médecin inspecteur, Dr X. Abely, *défavorable à la sortie*, elle ne peut accorder la libération.

|    |                                                          |                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| c) | <i>Le médecin chef est favorable à la sortie</i>         | } <i>Sortie<br/>rejetée<br/>par le<br/>Préfet<br/>de Police</i> |
|    | <i>Le médecin inspecteur est défavorable à la sortie</i> |                                                                 |

Prière de se reporter à l'observation n° 14, page 52 (juillet, août 1933) et à l'observation n° 17, page 76.

**B) DÉCISION DE SORTIE PRISE PAR L'AUTORITÉ JUDICIAIRE.**

L'autorité judiciaire peut être saisie d'une demande de sortie dans les cas suivants :

a) par recours *spontané* de l'interné à cette autorité, devant le refus qui lui a été opposé par le Préfet de Police, ou exceptionnellement sans avoir au préalable demandé sa libération à ce dernier.

b) par recours *conseillé*, soit par le Parquet — directement saisi par l'intéressé (lettre au Procureur, ou réclamation lors d'une visite semestrielle), ou s'opposant à la mise en liberté que lui a proposée le Préfet de Police — soit par le Préfet de Police qui ne veut pas se prononcer sur la requête, l'un ou l'autre conseillant au requérant de saisir le Tribunal suivant l'article 29.

Le recours à l'autorité judiciaire se fait toujours, rappelons-le, suivant l'art. 29, et dans la Seine, par ministère d'avoué, aux frais du malade ou après assistance judiciaire, et jamais par pourvoi d'office du Procureur.

Voici un exemple démonstratif du parti formel, pris par le Parquet de ne jamais se pourvoir d'office, devant le Tribunal, en faveur de l'aliéné :

**OBSERVATION n° 8.**

— ..... né en novembre 1877, poursuivi pour menaces de mort. Non lieu pour irresponsabilité (expertise du Dr Ceillier) : délire passionnel de préjudice et de revendication.

— Internement le 29 août 1937 à Villejuif (3<sup>e</sup> Sect.).

— Demande de sortie présentée par une amie du malade à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 12 octobre 1938 préconisant la désignation d'experts. (Dr Royer).

— Sur indications de la Préfecture de Police, constitution d'avoué, aux fins de mise en liberté.

— Certificat de situation réclamé, à cet effet, par le Parquet à la Préfecture de Police.

— Certificat du 26 janvier 1939 préconisant la nomination d'experts. (Dr Anglade).

— Le 5 août 1939 expertise des Docteurs Claude, Ceillier, Faure-Beaulieu concluant à la sortie.

— En mai 1940, le Tribunal ne se prononçant pas, demande de sortie adressée au Parquet.

— Certificat de situation du 28 mai, d'autant plus favorable à la mise en liberté qu'il s'appuie sur les conclusions des experts. (Dr Teulié).

— En août, demande de sortie adressée à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 3 septembre identique au précédent. (Dr Teulié).

— Le 27 septembre, en faisant parvenir au Parquet ce certificat du 3 septembre, la Préfecture de Police lui demande s'il ne juge pas devoir prendre l'initiative de saisir d'office la Chambre du Conseil d'une demande de mise en liberté, basée sur l'expertise d'août 1939, la décision du Tribunal étant,

en effet, toujours en suspens du fait du renoncement de l'avoué à présenter une requête aux fins de jugement définitif, renoncement qu'il a pris par défaut de versement d'honoraires. *Le Parquet, estimant ne pouvoir intervenir d'office, s'en tient à l'usage habituel et suggère que le requérant demande l'Assistance Judiciaire et la nomination d'un nouvel avoué. Ce qui est fait.*

— Certificat de situation réclamé consécutivement, par le Parquet à la Préfecture de Police : favorable à la sortie (Dr Teulié) le 14 octobre 1940.

En février 1941 le malade présente une demande de sortie à la Préfecture de Police.

— Certificat du 1<sup>er</sup> mars, favorable à la sortie (Dr Teulié).

— Arrêté de sortie de la Préfecture de Police du 27 mars 1941, pris conformément aux conclusions du certificat du médecin traitant et d'un rapport favorable du médecin inspecteur (Dr X. Abely).

Cet arrêté une fois envoyé à la direction de Villejuif, la Préfecture de Police est avisée, par le Parquet, que par jugement du 28 mars le Tribunal a ordonné la sortie. Il y eut donc là coïncidence d'une sortie administrative devançant d'un jour le jugement favorable.

Ceci dit, nous pouvons, comme nous l'avons exposé, distinguer :

a) *Le recours spontané de l'interné à l'autorité judiciaire.*

Quand la Préfecture de Police a refusé la sortie, le requérant a licence de se pourvoir devant le Tribunal suivant l'art. 29.

#### Observation n° 7 bis.

— Nous avons laissé C..., inculpé d'outrages à la pudeur et interné à Villejuif, après non lieu, devant un refus de sortie prononcé le 3 février 1941 par le Préfet de Police, après les avis défavorables du médecin traitant et du médecin inspecteur.

— Le 23 février 1941, *demande de sortie de la mère au Procureur de la République.*

— Le 14 mars, certificat de situation réclamé par le Parquet (par l'intermédiaire de la Préfecture de Police), *une requête aux fins de sortie* (art. 29). *étant adressée, par un avoué, au Tribunal.* « ... A fait l'objet récemment d'un rejet de demande de sortie, à la suite d'un rapport du médecin inspecteur ». (Dr Beaussart).

— Le 20 mars, pièce envoyée par la Préfecture de Police au Parquet, ainsi que le rapport du médecin inspecteur.

— Le 7 juin, demande en instance devant le bureau d'assistance judiciaire; renseignements réclamés par le Parquet à la Préfecture de Police. (Il est à présumer que la mère avait constitué avoué, à ses frais, au début de mars, et qu'ensuite elle avait sollicité l'assistance judiciaire).

— Expertise du Dr Genil-Perrin (en substitution du Dr Heuyer qui avait été commis en avril), avec conclusions d'amélioration et avis favorable à la sortie.

— Jugement du 4 juillet, notifié le 5 par le Parquet à la Préfecture de Police avec communication de l'expertise.

— Libération le 6 juillet.

— Le 21 août 1941, le Commissaire de Police du quartier de résidence de C... est avisé par la Préfecture de Police d'avoir à tenir C... en observation.

Nous avons donc eu, ici, l'exemple du recours spontané du requérant à l'autorité judiciaire (art. 29), qui ordonne la sortie sur les conclusions favorables de l'expertise, alors que le médecin traitant et le médecin inspecteur de la Préfecture de Police s'y étaient précédemment opposés.

b) *Le recours conseillé par le Parquet ou par le Préfet de Police.*

Quand, à la suite d'une demande de sortie présentée au Préfet de Police, le Parquet, dont l'avis a été sollicité (délits mineurs, § 1 de la page 26), ne donne pas un avis favorable à la libération, il conseille au requérant de se pourvoir devant le Tribunal suivant l'art. 29. Le Préfet de Police agit de même quand il ne veut pas se prononcer sur une demande de mise en liberté (affaires graves, § 2 de la page 27).

Nous en avons un exemple dans l'observation suivante :

#### **OBSERVATION n° 9.**

— H..., né en 1918, poursuivi pour tentative de meurtre le 24 mars 1938 et meurtre et tentative de meurtre le 1<sup>er</sup> avril. Non lieu pour irresponsabilité. (expertise du Dr Truelle). Internement le 25 juin 1938 à Villejuif (Sect. Henri Colin). Mutation à la 2<sup>e</sup> Section le 1<sup>er</sup> septembre 1939.

— Le 26 novembre 1939, demande de sortie de la mère à la Préfecture de Police. *La requérante est renvoyée à se pourvoir éventuellement devant le Tribunal* (art. 29).

— Janvier 1940, demande en instance devant le bureau d'assistance judiciaire ; renseignements réclamés par le Parquet à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation réclamé par la Préfecture de Police, une requête aux fins de sortie étant adressée par un avoué, au Tribunal.

— Certificat du 10 juin 1940 : avis défavorable. (Dr Ducoste).

— Le 16 juin envoi de la pièce par la Préfecture de Police avec renseignements concernant les réactions dangereuses de l'intéressé.

— Expertise du Dr Heuyer : « Pas de signes de maladie mentale ni nerveuse. Peut être rendu à la liberté, sans danger pour lui-même et pour autrui ».

— Le 22 janvier 1941, note de la Préfecture de Police au Parquet pour obtenir communication de l'expertise éventuelle, ordonnée par le Tribunal.

— Jugement du 7 mars, ordonnant la sortie, notifié le même jour par le

Parquet à la Préfecture de Police et le 11, par la Préfecture de Police à la direction de Villejuif.

— Libération le 12 mars.

— Le 15 mars le Commissaire du quartier de résidence de H..., est avisé par la Préfecture de Police, d'avoir à soumettre H... à une observation attentive.

C'est aux événements de guerre qu'il faut attribuer l'intervalle entre le 10 juin 1940 et le 7 mars 1941.

Ainsi que dans l'observation précédente, nous trouvons ici un exemple de divergence d'opinion entre le médecin traitant et le médecin expert, sur les conclusions favorables duquel le Tribunal prononce un jugement de mise en libération.

S'il est de règle que le Tribunal ne prononce la sortie d'un aliéné judiciaire, qu'après avoir provoqué une expertise, il arrive cependant qu'il se satisfasse parfois du seul certificat du médecin chef, favorable à la libération. En voici un exemple :

#### **OBSERVATION n° 10.**

— U..., né en 1909, poursuivi pour attentats aux mœurs. Non lieu pour irresponsabilité (expertise du Dr Genil-Perrin).

— Internement le 23 juin 1934 à Villejuif (Sect. Henri Colin).

— Le 8 avril 1935 demande de sortie du père à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 2 juin 1935 : avis défavorable à la libération. (Dr Porc'her).

— Le 9 décembre, lettre d'un conseiller municipal au Préfet de la Seine, appuyant une demande de sortie du père du 2 décembre ; transmise à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 24 décembre. Pas d'opposition à la sortie, sous réserve qu'une amie sera susceptible de s'occuper de U..., la famille n'offrant à ce sujet aucune garantie. (Dr Porc'her).

— Le 3 janvier 1936, enquête de la Préfecture de Police sur les possibilités de surveillance offertes par la famille et l'amie. Cette dernière se refuse à prendre U...

— Le 9 décembre 1936, l'assistance judiciaire est accordée au père pour se pourvoir devant le Tribunal aux fins de libération de son fils.

— Le 3 février 1937, certificat de situation réclamé par le Parquet à la Préfecture de Police, la requête était présentée par un avoué : avis favorable à la sortie (Dr Porc'her).

— Le 7 avril rapport du médecin inspecteur (Dr Farez) ; avis favorable, sous réserve que l'amie puisse se charger de U...

— Le 9 juillet rapport du médecin inspecteur (Dr Mignot) : avis défavorable, aucune garantie n'étant offerte par le requérant, mais le transfèrement à Chezal-Benoit est préconisé.

— Le 21 juillet, envoi par la Préfecture de Police, au Parquet, des diverses

pièces ci-dessus énoncées (certificat du 18 mars, enquête, rapport des deux médecins inspecteurs).

— Jugement du 4 août 1937 rejetant la demande de mise en liberté, sans expertise.

— Le 10 septembre demande de sortie du père au Président de la République, avec transmission à la Préfecture de la Seine, puis à la Préfecture de Police. Réponse est fournie en arguant du jugement d'août.

— Le 21 février 1938, demande de sortie du père à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 12 mars. Avis défavorable, étant donnée l'absence de garanties offertes par le réclamant. Transfèrement à Chezal-Benoît préconisé. (Dr Brousseau).

— Le 5 mai demande de sortie du père au Procureur de la République, transmise à la Préfecture de Police. Celle-ci répond par un avis défavorable laissant au requérant le soin de se pourvoir éventuellement devant le Tribunal. Mutation le 27 juin de la Sect. Henri Colin à la 2<sup>e</sup> Section.

— En novembre proposition de transfèrement à Clairefontaine arrêté par la Préfecture de Police.

— Certificat de situation : avis favorable, sous réserve que le requérant pourra surveiller son fils. (Dr Ducosté).

— Le 17 mai demande de sortie du père au Préfet de la Seine, transmise à la Préfecture de Police

— Le 22 mai enquête de la Préfecture de Police sur les garanties offertes par le père. La Préfecture de Police décide de laisser le soin au père de se pourvoir devant le Tribunal.

— Le 28 juillet admission du père à l'Assistance Judiciaire, après demande de renseignements du bureau de l'Assistance Judiciaire à la Préfecture de Police.

— Le 18 avril 1940 demande de sortie du père à la Préfecture de Police auquel il est répondu qu'une requête est en instance devant le Tribunal.

— Le 9 août 1941 demande de sortie du père à la Préfecture de Police.

— Le 9 septembre certificat de situation réclamé par le Parquet à la Préfecture de Police, la requête étant présentée par un avoué devant le Tribunal.

— Certificat du 19 septembre : « Interné à la suite d'un non lieu pour irresponsabilité (poursuites pour attentat sur une fillette de 7 ans). Débilité mentale. Pas d'épilepsie constatée à l'asile. Conduite et comportement normaux depuis qu'il est interné. Depuis 1936 plusieurs collègues ont eu, maintes fois, à fournir leur avis sur l'éventualité de la sortie. Les conclusions ont toujours été les mêmes, à savoir que l'intéressé ne pourrait vivre au dehors que soumis à une tutelle familiale appropriée, le mettant en garde contre les entraînements auxquels peuvent l'amener sa volonté déficiente et sa faible résistance de débile aux incitations extérieures. Or, jusqu'à présent, les enquêtes n'ont pas été favorables à ce sujet. Il conviendrait de voir si elles se sont améliorées. (Dr Beaussart).

— Le 25 septembre enquête réclamée par la Préfecture de la Police, transmise au médecin traitant avec demande de nouvelles propositions.

— Le 10 novembre 1941, certificat de situation : avis favorable à la sortie,

l'enquête concluant à la prise en considération des garanties offertes par le père. (Dr Beaussart).

— Le 20 novembre envoi par la Préfecture de Police au Parquet des pièces ci-dessus (certificat des 18 septembre et 10 novembre, enquête actuelle) avec adjonction de l'enquête précédente et d'un exposé circonstancié du passé de U...

— *Jugement du 5 décembre 1941 ordonnant la sortie, sans recours à une expertise.*

— Le 5 décembre avis de la Préfecture de Police au directeur de Villejuif, l'invitant à libérer l'intéressé.

— Le 12 décembre lettre du directeur à la Préfecture de Police, avec certificat médical, faisant connaître que U... est intransportable (bacillose ancienne, brusquement réveillée, évolution aiguë).

— Le 18 décembre avis donné de la situation, au Parquet, par la Préfecture de Police.

— Le 24 décembre, demande du Parquet à la Préfecture de Police d'être tenue au courant.

Avis de sortie de Villejuif adressé par la direction, à la Préfecture de Police, et par celle-ci au Parquet, en janvier 1942.

Voici enfin l'observation d'un sujet, interné par voie judiciaire en cours de prévention ; il est, deux ans plus tard, à la suite d'une expertise concluant à sa responsabilité, libéré par le Tribunal, dans le but de permettre sa comparution aux Assises.

#### **OBSERVATION n° 11.**

— H..., né le 23 février 1895, inculpé le 30 juillet 1939, d'attentat aux mœurs sur la personne de sa fille. En cours de prévention il est envoyé de Fresnes à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, le 20 avril 1940. L'internement est prononcé pour : psychose hallucinatoire sub-aiguë, carcéraire. Transféré à Villejuif, 2<sup>e</sup> Section.

— Les 27 avril et 31 août 1940, certificats de situation à la demande du Parquet Général de la Cour d'Appel de Paris, concluant à l'impossibilité pour le malade de se présenter devant les Assises (Drs Ducosté et Beaussart).

— Le 11 novembre 1940, certificat de situation à la demande du Parquet de la Seine, la sortie lui étant réclamée par la fille : « Affaire judiciaire toujours en suspens. N'est pas en état de sortir. S'il en était ainsi, devrait être remis à l'autorité judiciaire ». (Dr Beaussart).

— Le 4 avril 1941, certificat de situation à la demande du Parquet de la Seine : « Débilité mentale. Sens moral borné. Interné en cours de prévention pour attentat aux mœurs. Durant l'incarcération, épisode hallucinatoire, qui a motivé l'envoi à l'asile, aujourd'hui disparu, mais auquel H... persiste à accorder créance. Périodiquement il est demandé si H... peut comparaître aux Assises. Il y aurait lieu, à mon avis, de solutionner définitivement cette affaire par une expertise ». (Dr. Beaussart).

— Dans toutes ces demandes, il n'était pas envisagé par l'autorité judiciaire, de faire expertiser H... malgré sa présence à l'asile. Si le médecin traitant avait conclu à sa comparution, on défèrait l'inculpé aux Assises. C'est à la suite du dernier certificat qu'une expertise a été ordonnée.

— Expertise du Dr Heuyer le 1<sup>er</sup> mai 1941 qui conclut à la responsabilité du prévenu et à son retour à la Maison d'Arrêt, d'accord, en ceci, avec le médecin traitant.

— *Par jugement du 30 mai 1941, le Tribunal en Chambre du Conseil, ordonne la mise en liberté, sans constitution d'avoué cette fois : le Parquet en notifiant cette décision à la Préfecture de Police, lui fait connaître que H... va comparaître aux Assises. Cette administration, en avisant la direction de Villejuif du jugement, lui ajoute : « Cet individu étant d'autre part détenu sous mandat de Justice, je vous prie de le remettre aux inspecteurs de la Police Judiciaire chargés de sa réintégration à la prison ».*

— Sorti de Villejuif le 31 mai 1941, pour la maison d'arrêt.

— Le 18 juin 1941 H... a été condamné par la Cour d'Assises de la Seine à 8 ans de réclusion et 10 ans d'interdiction.

\*  
\* \*

Il est à remarquer qu'il n'y a, parmi les six Asiles de la Seine, que deux établissements qui tombent sous la juridiction du tribunal du département : ceux de Ste Anne et de Villejuif, auxquels il faut ajouter l'Etablissement National de St Maurice. Les quatre autres asiles, étant sur le territoire de Seine-et-Oise, ressortissent des tribunaux de Pontoise et de Corbeil. Avec ces tribunaux on retombe dans la pratique de province.

Il est une procédure administrative qui, pour si exceptionnelle qu'elle soit, n'en montre pas moins la préoccupation de la Préfecture de Police de ne prendre aucune décision de sortie, en faveur des aliénés judiciaires, sans s'entourer des garanties désirables.

Depuis les événements de juin 1940, le département de Seine-et-Oise, au lieu de diriger ses malades sur l'Asile de Clermont de l'Oise, les fait admettre dans les établissements de la Seine, à charge de transfèrement éventuel ultérieur, à plus ou moins longue échéance, décidé par l'Asile de Clermont. L'arrêté de placement est pris par le Préfet de Versailles, sans qu'intervienne la Préfecture de Police. Néanmoins, l'internement étant effectué, celle-ci devient compétente pour ordonner les sorties ; la meilleure

preuve en est que, pour les aliénés courants, c'est la procédure qui est appliquée.

Pour les aliénés judiciaires de Seine-et-Oise, déclarés irresponsables et internés, la Préfecture de Police saisie de propositions de sortie par le médecin traitant, sollicite, auparavant, l'avis du Préfet de Versailles.

Dans un cas où le malade avait d'ailleurs son domicile de secours dans la Seine, le Préfet de Versailles a renvoyé la Préfecture de Police à faire examiner l'interné par un troisième certificateur, les conclusions de l'expert et celles du médecin traitant n'étant pas conformes. Par la suite, le médecin inspecteur ayant été d'une opinion conforme à celle du médecin traitant, la Préfecture de Police a adressé les deux avis au Parquet du tribunal correctionnel de poursuites, qui a estimé devoir laisser à la Préfecture de Police le soin de prendre les décisions qu'elle jugeait opportunes. La sortie s'est, dès lors, opérée administrativement par ladite Préfecture de Police.

Dans un deuxième cas, pour un malade ayant son domicile de secours en Seine-et-Oise, le Préfet de Versailles a déclaré que le cas de l'interné devait être solutionné par la voie administrative courante, ce qui fut fait. Il s'agissait d'ailleurs d'un cas spécial, qu'aucun tribunal n'aurait pu ne pas solutionner favorablement. Les deux fois la légitimité de l'internement, ou pour le moins de sa prolongation, était discutable.

Il reste entendu que pour les malades de la Seine internés sur le territoire de Seine-et-Oise, la Préfecture de Police est, administrativement, le seul maître, le tribunal d'arrondissement (Pontoise, Corbeil) étant, à son tour seul compétent pour juger d'un recours suivant l'art. 29.



Le mode de sortie en vigueur dans le département de la Seine, est donc différent de celui pratiqué en province. C'est en fait, contrairement à ce qui se passe en province, toujours par l'auto-

rité judiciaire, même quand la sortie est prononcée administrativement, qu'est accordée la libération. Le Parquet est ici consulté par le Préfet de Police sur l'opportunité de la sortie, ou, le Tribunal directement saisi suivant l'article 29 d'une demande de mise en liberté, par le requérant, agissant, soit spontanément, soit à la suite de l'indication du Parquet, ou du Préfet de Police ne voulant se prononcer.

\*  
\* \*

#### IV. — La sortie des quartiers de sûreté des asiles de Villejuif et de Hoerdt

La section Henri Colin de l'asile de Villejuif et le quartier de sûreté de l'asile de Hoerdt sont, en France, les deux seules réalisations prévues pour l'internement et le traitement des aliénés antisociaux. Destinées au maintien des aliénés dangereux, elles abritent des internés judiciaires, et des aliénés ordinaires dont le placement a été motivé par leurs réactions violentes.

*La section Henri Colin de l'asile de Villejuif*, dont H. Corbet a décrit dans sa thèse l'historique et le fonctionnement, s'assure, en principe, de la personne de tous les aliénés difficiles des asiles de la Seine. Ne comprenant que deux pavillons pour hommes (67 places) et un pour femmes (36 places), ses disponibilités sont manifestement insuffisantes, surtout depuis que l'asile de Hoerdt n'offre plus les ressources dont il disposait. Il s'en suit que nombre de ses ressortissants débordent sur les deux services d'hommes de Villejuif. Aucune disposition ne réglemente les admissions à la section Henri Colin, ni les mutations sur les autres services ; c'est là, affaire d'appréciation clinique à l'arrivée, et par la suite d'entente entre les chefs de service. Dans le cours de l'internement, il arrive, nous l'avons vu, que le même malade, suivant son comportement, passe plusieurs fois de la section H. Colin dans un service ordinaire et inversement. Pour quelques cas particuliers le service d'admission de Ste Anne stipule sur son certificat,

l'indication du placement à H. Colin. Les mises en liberté sont plus difficiles à obtenir de cette section, que d'un quartier ordinaire, quand il s'agit d'internés par voie judiciaire, mais *aucune disposition particulière ne régleme la sortie du quartier de sûreté*, et celle-ci s'effectue dans des formes identiques à celle de tout autre asile de la Seine.

*La libération du quartier de sûreté de l'asile de Hoerd*t reconnaît une procédure particulière dont l'institution récente marque une étape intéressante dans la recherche des garanties qui doivent entourer la sortie des aliénés criminels (1).

En effet une *commission médicale* a été constituée par le Préfet du Bas-Rhin et fonctionne officiellement depuis 1925. Elle est constituée de trois membres : du médecin chef de service, et de deux aliénistes de la région dont le Professeur de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Strasbourg. Le Préfet saisi d'une proposition de sortie par le médecin chef ou d'une requête par le malade ou sa famille, demande à la dite commission d'examiner le requérant et de se prononcer sur l'opportunité de sa libération. Devant des conclusions favorables à la sortie, le Préfet sollicite toujours l'avis du Parquet avant de se prononcer. En fait le Préfet ne fait donc qu'entériner purement et simplement les décisions de la commission médicale et du Tribunal.

La sortie directe du quartier de sûreté n'est jamais autorisée. Les malades sont préalablement mis en observation dans différents quartiers où la liberté leur est soigneusement dosée et progressivement accordée. A l'intérieur même de la section de sûreté, divers quartiers sont habituellement distingués : un quartier dit de grande sûreté, un quartier de sûreté, un quartier de demi sûreté. Les malades peuvent être déplacés d'un quartier à l'autre, sans l'intervention de la commission, sous la seule responsabilité du médecin chef. Les mutations de la grande sûreté à la sûreté,

---

(1) Nous remercions vivement M. le Docteur DUCHÊNE des intéressantes précisions qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet.

et inversement, s'opèrent effectivement ainsi, cependant que les passages de ces quartiers à ceux de demi sûreté et d'aliénés ordinaires ont coutume d'être le plus souvent proposés par le médecin chef à la ratification de la commission.

Toutes les fois qu'il est possible, des enquêtes ou des vérifications préalables à la libération sont effectuées par une Assistante Sociale attachée à l'établissement, et la sortie n'est parfois prononcée que sous certaines conditions.

#### **V. — Possibilités de sortie par juridiction d'appel, après transfèrement, par évasion**

Alors que les possibilités de sortie après transfèrement et par évasion sont réelles et d'observation courante, nous ne connaissons par contre aucun exemple de sortie ordonnée par la Cour d'appel. Les recours à cette autorité n'étant pas exceptionnels, nous allons en décrire cependant la procédure.

\*  
\* \*

##### **1. JURIDICTIONS D'APPEL ET DE CASSATION**

Nous avons vu qu'après rejet de sa requête par le Tribunal civil l'interné pouvait, suivant les règles du droit commun, se pourvoir en Appel et même en Cassation.

Il est rare que l'avertissant de son jugement le maintenant en séquestration le Tribunal indique à l'intéressé la possibilité d'une telle procédure. Quand ce n'est pas par conscience de l'inutilité d'une telle démarche, c'est donc le plus souvent par ignorance, que l'interné ne se pourvoit habituellement pas en Appel.

Il n'en va pas de même quand le Parquet signale lui-même au malade ses droits en la matière et P. Beaussart cite le cas de certain département où plusieurs malades se pourvoyaient d'une

façon systématique et itérative en Appel et en Cassation à l'instigation même du Parquet du ressort (1).

Dans cette publication P. Beaussart cite un exemple typique où le requérant n'a cessé, depuis son admission, d'épuiser tout le cycle des dispositifs légaux mis à sa disposition : il a été successivement au Tribunal, en Appel, en Cassation, puis il a recommencé. Il a été constamment débouté. Ce malade est toujours maintenu à la section des hommes de l'Asile de Fleury et il ne cesse de manifester une activité procédurière d'un tel polymorphisme que son observation réalise une véritable « somme » des procédures mises par la loi à la disposition des aliénés internés requérant leur sortie. Nous remercions le Dr Caron qui, en nous communiquant le dossier de ce malade actuellement dans son service, nous a permis de compléter la publication du Dr Beaussart.

Devant l'abondance des requêtes présentées par le malade nous avons considérablement résumé son observation.

#### OBSERVATION n° 12.

— M..., né le 14 février 1882, prévenu d'attentat à la pudeur et d'excitation de mineurs à la débauche (plusieurs condamnations). Interné à Fleury après expertise du Dr Beaussart le 6 mars 1931. Dégénérescence héréditaire. Perversions instinctives. Déviation constitutionnelle du sens sexuel sous l'influence de laquelle il commet d'une façon récidivante des attentats à la pudeur sur de jeunes garçons. Apragmatisme social.

— Plusieurs demandes de libération présentées peu après l'internement sont rejetées par le Préfet sur avis de maintien formulé par le médecin chef.

— Les 3 juillet et 23 oct. le Président du Tribunal saisi d'une requête de sortie fait connaître qu'il n'est point possible pour le moment de faire droit à ses réclamations.

— Le malade se pourvoit en Appel.

— Le 21 nov. le Parquet général l'avise que le Tribunal n'ayant pas statué sur son cas, il ne saurait y avoir lieu à appel.

— Le 1<sup>er</sup> déc., jugement du Tribunal le déboutant « ... attendu que, de l'avis du médecin traitant, il ressort qu'aucune amélioration n'a été constatée dans son état mental... », avec notification par huissier, au secrétariat de la Direction.

---

(1) La procédure d'appel dans le jeu de l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838. P. BEAUSSART. *L'aliéniste Français*, juin 1937.

— Le malade interjette appel au jugement.

— Le 2 janvier 1932, arrêt de la Cour, le déboutant, en faisant transcription du certificat médical de situation fourni.

— Le 1<sup>er</sup> février, lettre du bureau d'enregistrement : « Vous êtes redevable de la somme de 365,80 frs pour droits de timbre et d'enregistrement dus sur jugement du Tribunal civil d'Orléans, du 1<sup>er</sup> décembre 1931, et arrêt de la Cour d'Appel, du 2 janvier 1932, enregistrés en débit. Je vous prie d'adresser, dans la huitaine, cette somme, avec le présent avertissement, au bureau désigné ci-dessus. A défaut de paiement, ou de réponse, dans ce délai, vous vous exposeriez aux poursuites ordonnées par la loi ». La Direction répond à cette injonction que M... n'est pas solvable, n'ayant aucun argent en dépôt à la recette.

— Deux mois et demi après le rejet de la Cour, sortie ordonnée par l'autorité administrative le 16 mars 1932, sur le vu du certificat médical favorable, après engagements formels du malade de cesser ses pratiques dont il reconnaît le caractère répréhensif. La sortie obtenue, le malade s'ingénie à ne pas quitter l'asile, et va même jusqu'à solliciter son placement volontaire, une fois rendu à la liberté.

— En sept. 1933, nouvelles poursuites judiciaires pour les mêmes faits délictueux. Seconde expertise du Dr Beaussart qui conclut à l'irresponsabilité et à un internement, ardemment sollicité par le prévenu, effectué à l'Asile de Fleury.

— Un mois à peine après l'internement, le malade présente une requête de sortie au Président du Tribunal.

— Le 24 octobre, jugement du Tribunal le déboutant « ...attendu qu'il résulte du rapport médico-légal que l'internement doit être maintenu ; attendu que par certificat du 21 oct., le médecin chef, d'autre part, déclare que M... est dans le même état mental et que ses conclusions restent les mêmes... » ; notification laissée à l'appréciation de l'administration « qui jugera si cette formalité n'est point pour nuire à l'état du malade ». Le Dr Beaussart répond au Parquet : « ...qu'en présence de tels documents il ne se reconnaît pas le droit d'opposer son veto médical, surtout avec des réclameurs et des protestataires du type de M..., mais que, pour tous cas de ce genre il faut tenir compte des volontés du législateur qui a eu le souci, par la non motivation du jugement, de ne pas, pour le moins, porter atteinte à l'état mental du requérant et en particulier, de ne pas le mettre brutalement en face des diagnostics et des opinions médicales portées sur lui ».

— M... interjette appel au jugement, et le 23 novembre arrêt de la Cour, le déboutant avec notification directe par l'administration.

— M... se pourvoit en Cassation et le 1<sup>er</sup> février 1934, décision du Bureau d'Assistance Judiciaire près la Cour de Cassation, le déboutant, « aucun moyen sérieux de cassation n'existant ».

— Nous ne citerons pas les innombrables requêtes de sortie que de 1934 jusqu'à 1942 M... n'a cessé d'adresser sans se lasser et d'une façon itérative au Préfet, au Procureur, au Président du Tribunal. A chaque jugement du Tribunal le déboutant il interjette pour ainsi dire toujours appel. Un

arrêt de la Cour le déboute à chaque fois. Il poursuit alors la procédure jusqu'en Cassation où le Bureau d'assistance Judiciaire le déboute à son tour en raison de son « appréciation souveraine ». M... recommence alors le cycle en débutant par le Préfet, etc...

— Il est à signaler en plus :

— des requêtes au Garde des Sceaux, à partir du 29 février 1936 ; M... est invité alors à se pourvoir devant le Tribunal ; par la suite de nombreuses autres lettres sont laissées sans réponse.

— une demande de réouverture d'instruction le 11 août 1936 pour l'affaire d'août 1933 avant prescription légale.

— des requêtes à la Ligue des droits de l'homme.

— une lettre au Ministre de la Santé Publique qui demande au médecin chef un certificat de situation fourni le 15 mai 1938.

— plusieurs lettres aux autorités d'occupation à Orléans leur demandant sa libération (non communiquées).

Par arrêt de la Cour d'Appel d'Orléans en date du 29 mai 1941, une expertise mentale est confiée au Dr Genil-Perrin. Conclusions de maintien en séquestration.

\*  
\* \*

## 2. SORTIE APRÈS TRANSFÈREMENT

Certains aliénés, ou leur famille, à la suite du refus de sortie répétés, tentent, sous des prétextes divers, d'obtenir le transfèrement, dans un asile de province s'ils sont internés dans la Seine, dans l'asile d'un autre département s'ils sont déjà en province.

Régulièrement, c'est la fixation du domicile de secours qui réglemente cette question. Il est d'usage courant qu'un département réclame l'envoi dans son asile des aliénés à sa charge que des circonstances particulières ont fait interner ailleurs. Il faut faire néanmoins une exception pour la Seine qui trouvant toujours, en province, des prix de journée nettement inférieurs à ceux de ses établissements, tente autant qu'il se peut, de ne rien changer à la situation financièrement favorable créée ainsi par ceux de ses ressortissants qu'on a dû interner en d'autres départements ; de plus, par politique de désencombrement, elle est amenée à faire transférer en province nombre des internés de ses asiles, dont l'entretien lui incombe. L'Etat a des raisons semblables de favoriser l'envoi, des asiles de la Seine, à ceux de province, de ceux

des aliénés dont il règle seul les frais. Il n'est guère possible de mettre obstacle aux droits légitimes d'un département qui recueille ses propres malades (l'opposition au renvoi du malade J... de Villejuif, S<sup>on</sup> H. Colin, dans l'Eure, est exceptionnelle. — Obs. du Dr Beaussart, A. M. P., avril 1925, p. 289, — mais trouve néanmoins sa justification dans le fait que certains départements réclament l'admission de leurs aliénés particulièrement dangereux en asile de sûreté).

Quand nous envisageons les tentatives de transfèrement, c'est donc des mutations non justifiées par le domicile de secours dont nous entendons parler. Les plus courantes sont celles des malades de l'Etat ou de la Seine envoyés des asiles de ce département en province. Ces mesures sont soumises à l'agrément, sans appel, du Préfet de Police. Ce ne sont pas les malades qui demandent leur transfèrement, ou s'ils le sollicitent c'est au département de la Seine d'en décider en premier ressort. Il est plus dans les habitudes, qu'eux ou leur famille, circonviennent le médecin chargé de dresser les listes, trop heureux qu'est celui-ci parfois de libérer ainsi son service. En province, c'est le Préfet qui prend la décision du transfèrement qui n'est pas systématiquement refusé.

Il est enfin une éventualité particulière : celle de l'aliéné judiciaire placé d'office, mais ayant, lui ou sa famille, des ressources permettant son placement dans un pensionnat d'asile public ou dans une maison de santé privée. Les malades internés à leurs frais peuvent demander leur transfèrement dans tout autre établissement spécialisé régi par la loi de 1838. Le transfèrement se fait le plus souvent sans difficulté après accord avec le Directeur dudit établissement. En voici un exemple :

#### **OBSERVATION n° 13.**

— Mme C..., domiciliée à Lorient, inculpée de meurtre et tentative de meurtre sur les personnes de deux de ses enfants (avec tentative de suicide), fait l'objet d'un non lieu, après expertise du Dr Potel, le 20 mai 1938 : mélancolie aiguë avec crises anxieuses et impulsions violentes.

— Internée par placement d'office à l'asile de Lesvellec (Morbihan) le 21 mai 1938. Certificat du Dr Daussy concluant à une psychose schizophrénique.

nique. La famille assume les frais d'internement de la malade qui est traitée dans un pavillon du pensionnat.

— Plusieurs demandes de sortie, adressées par la famille au Préfet, sont repoussées sur le vu des conclusions défavorables du médecin traitant.

— En avril 1939, la famille — habitant Lorient — demande au Préfet du Morbihan le transfèrement de la malade à l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), après accord avec la directrice de cet établissement.

— Le 12 avril 1939, certificat aux fins de transfèrement, du Dr Royer. Lettre du Préfet répondant à une démarche de la famille qui émettait le désir d'opérer elle-même le transfèrement de la malade : « j'ai l'honneur de vous faire connaître que je ne vois aucun inconvénient au transfert à Bégard de Mme C..., à condition toutefois que le mode de placement reste le placement d'office. La demande de M. C... demandant à conduire lui-même sa femme ne peut donc être retenue. Le transfert étant ordonné par l'autorité publique doit obligatoirement être effectué par le personnel de l'Etablissement, accompagné, le cas échéant, des membres de la famille ».

— Arrêté préfectoral en date du 28 avril 1939 : « La sortie de l'Hôpital Psychiatrique de Lesvellec, de Mme C..., est autorisée aux fins de transfèrement à l'asile de Bégard (C. du N.) ».

— Transfèrement à Bégard le 2 mai 1939.

— Le 31 décembre 1939, congé d'essai, « dépression mélancolique ». — Réintégration le 17 janvier 1940.

— Le 6 août 1940, deuxième congé d'essai. — Prolongation d'un mois le 5 septembre. On reste ensuite sans nouvelles de la malade.

— Le 25 octobre 1941, deuxième internement à Lesvellec, par placement volontaire (Syndrome catatonique).

Le transfèrement d'aliénés qui ont déjà montré leur nocivité devrait s'accompagner de renseignements précis sur leur histoire judiciaire et asilaire pour permettre au médecin de l'asile qui reçoit des malades nouveaux pour lui, de pouvoir juger en connaissance de cause du danger qu'ils peuvent présenter, et des possibilités de leur sortie. Il n'en est malheureusement rien. La loi est muette à cet égard, et la pratique, tout au moins en province, montre trop souvent le transfèrement de malades dont le médecin de l'asile destinataire ignore tout de leur passé, parfois même leur qualité d'internés médico-légaux. Le médecin, lorsqu'un aliéné doit quitter son service, est appelé à rédiger un certificat où il est dans l'obligation de noter seulement si l'état physique et mental permet le transfert et le nombre des agents nécessaires à celui-ci. Une circulaire du 14 juin 1922 précise les renseignements administratifs qui doivent accompagner un malade transféré. Mais

aucun renseignement d'ordre judiciaire n'est dans l'obligation d'être communiqué et si le médecin ou l'administration, de leur propre initiative, ne le font pas, le malade peut être transféré avec un dossier d'une indigence telle que le médecin ne connaissant rien de son passé ne peut, ni prévoir, ni prévenir une tentative d'évasion, et risque d'autoriser une sortie parfois fort dangereuse. La Préfecture de Police de la Seine a tenté de remédier à cet état de choses. Quand elle a affaire au transfèrement en province d'un aliéné judiciaire, le dossier administratif de l'asile transféreur contient toujours tous les certificats rédigés depuis l'internement (y compris ceux de l'Infirmerie Spéciale ou de Ste Anne). Elle attire de plus l'attention de l'asile destinataire sur ses réactions dangereuses ou sur son passé judiciaire, et au besoin donne un extrait du dossier. Il est loisible au médecin de l'asile départemental de demander un complément d'informations à la Préfecture de Police que celle-ci accorde toujours sans aucune difficulté.

Les possibilités de sortie après transfèrement sont réelles. Elles sont en partie dues à la moins grande connaissance du malade et de ses antécédents, beaucoup plus en fait aux divergences de doctrine quant au maintien ou à la libération des criminels internés, spécialement des instinctifs déséquilibrés ou pervers antisociaux. Les exemples de sorties systématiquement refusées par les autorités administratives et judiciaires en accord avec le médecin chef, et obtenues parfois rapidement, après transfèrement dans un asile d'un département différent, ne sont pas rares.

— Le malade D..., de l'observation 2, interné à Fleury, demande, devant les refus de libération du Préfet et du Tribunal, son transfèrement à l'asile de Tours, arguant de la résidence de ses parents dans cette ville. Malgré la fixation de son domicile de secours dans le Loiret, le transfèrement est accordé et effectué le 27 mars 1936. Après trois mois de séquestration à l'asile de Tours — le médecin ne reconnaissant pas l'aliénation mentale — la sortie, qui avait été refusée de multiples fois pendant les deux années passées à l'asile du Loiret, fut accordée.

— Voici un exemple de sortie après transfèrement d'un asile

de la Seine dans un asile de province. Malgré la situation du domicile de secours dans la Seine, le transfèrement fut deux fois accordé en dépit d'une évasion du premier asile départemental et d'une séquestration à la section Henri Colin au moment de la demande.

**OBSERVATION n° 14.**

— H..., né le 21 mars 1907. Neuf condamnations de 1924 à 1930 (outrages, rébellion, violences, menaces sous conditions) dont la première ayant entraîné le séjour, jusqu'à majorité, à la maison de correction d'Aniane.

Poursuites pour outrages aux agents. Non lieu pour irresponsabilité (expertise du Dr Ceillier). — Internement à Ville-Evrard le 3 juillet 1931.

Le 19 septembre le malade réclame une contre-expertise au Procureur, protestant contre l'imputation d'aliénation mentale ; demande transmise à la Préfecture de Police et restée sans suite.

— *Transfèrement* le 23 septembre 1931 de Ville-Evrard à Braqueville (Hte-Garonne), au compte de la Seine. Extraits du casier judiciaire et du rapport médico-légal adressés, à cet asile, par la Préfecture de Police.

— Le 5 mars 1932 le directeur de Braqueville avise la Préfecture de Police que H... a réclamé sa sortie, au Procureur, et demande une décision à cette administration.

La Préfecture de Police en répondant que la mère, convoquée, refuse de reprendre son fils, adresse des renseignements circonstanciés sur le passé de H...

— Evasion le 21 avril 1932.

— Le 25 avril, la Préfecture de Police est avisée de l'évasion par la direction de l'Asile et par la Préfecture de Toulouse.

— Le 30 avril, certificat au moment de l'évasion : « Perversions morales sans délire. Serait mieux à sa place en prison ».

— Condamnation à Carcassonne pour vagabondage.

— Arrestation le 6 juin à Paris, en raison de l'évasion.

— Internement par voie administrative (Infirmerie Spéciale). Transfèrement de Ville-Evrard à Villejuif (Sect. Henri Colin) le 2 août.

— Certificat de situation du 19 octobre à la demande du Procureur de la République, concluant au maintien (Dr P. Abely).

— Le 22 avril 1933, certificat de situation réclamé, par le Parquet, à la Préfecture de Police.

— Certificat du 6 mai : avis favorable à la sortie, sous réserve que la mère reprenne son fils (Dr P. Abely). Ces certificats ont été vraisemblablement demandés par le Procureur à l'occasion de réclamations au cours de visites semestrielles.

— Le 12 mai, enquête de la Préfecture de Police, sur les garanties offertes par la mère.

— Les 27 mai, 14 et 30 juin, demandes de sortie de la mère à la Préfecture de Police.

— Le 25 juillet, lettre d'un conseiller municipal, au Préfet de la Seine, pour appuyer les requêtes de la mère.

— Certificat de situation du 26 juillet. Avis favorable sous réserve que la mère reprenne son fils (Dr P. Abely).

— Le 9 août, rapport du médecin inspecteur (Dr Farez), défavorable.

— Le 31 août, lettre de la Préfecture de Police au Préfet de la Seine, pour l'aviser que la sortie ne peut être accordée.

— *Transfèrement* le 12 septembre à Vauclaire (Dordogne). Renseignements circonstanciés adressés à cet asile, par la Préfecture de Police.

— Libération le 9 octobre 1933, accordée par le Préfet du département sur avis favorable du médecin traitant. Avis de sortie envoyé à la Préfecture de Police par la Préfecture de la Dordogne.

— Poursuites pour violences et outrages à agents. Acquittement par le Tribunal après expertise du Dr Dupain, concluant à l'irresponsabilité. Internement à Villejuif. (Sect. Henri Colin) le 17 avril 1934.

— Le 25 décembre 1935, certificat de situation réclamé par le Parquet, à la Préfecture de Police, une requête aux fins de sortie étant adressée, par un avoué, au Tribunal.

— Certificat du 13 janvier 1936. Avis défavorable (Dr Porc'her).

— Le 18 janvier, pièce adressée par la Préfecture de Police, au Parquet, avec un exposé détaillé du passé de H...

— Jugement du 24 janvier, rejetant la demande de mise en liberté, notifié directement à l'intéressé, le 26 février, par son avoué.

— Mutation de la Section Henri Colin à la 2<sup>e</sup> Section le 1<sup>er</sup> mars 1938.

— *Transfèrèments à Clairefontaine (Décembre 1938) et Lannemezan (Mars 1939) arrêtés par la Préfecture de Police.*

— Le 30 mai, demande de sortie de la mère à la Préfecture de Police.

— Certificat de situation du 9 juin. Avis défavorable (Dr Ducosté).

— **En juin, demande en instance devant le bureau de l'Assistance Judiciaire ; renseignements réclamés par le Parquet à la Préfecture de Police.**

— Mutation de la 2<sup>e</sup> Section à la Section Henri Colin, le 3 septembre.

— Le 5 septembre certificat de situation réclamé par le Parquet à la Préfecture de Police, une requête aux fins de sortie étant adressée par un avoué au Tribunal.

— Certificat du 19 septembre : avis défavorable (Dr Brousseau).

— Jugement du 27 octobre, rejetant la demande de mise en liberté, sans expertise, notifié par le Parquet le 2 novembre à la Préfecture de Police.

— Mutation de la Section H. Colin à la 2<sup>e</sup> Section, le 13 février 1941.

— Le 27 mai, certificat de situation réclamé par le Parquet à la Préfecture de Police, une requête aux fins de sortie ayant été adressée par un avoué du Tribunal.

— Certificat du 9 juin : « ...Déséquilibre psychique, intolérance à l'alcool. Non délirant, calme, docile. A ne considérer que l'état actuel, serait susceptible de sortie » (Dr Beaussart).

— Le 20 juin, pièce adressée au Parquet, par la Préfecture de Police, avec exposé détaillé du passé de H...

— Le 27 septembre, expertise du Dr Heuyer : « N'est pas un aliéné. C'est

un pervers lucide, menteur et délinquant. Il n'a pas de troubles mentaux qui font, de lui, un danger pour la sécurité des personnes. Sous la condition qu'il doive ultérieurement, être considéré comme entièrement responsable de ses actes, il doit être mis en liberté ».

— Jugement du 28 novembre, ordonnant la sortie, notifié par le Parquet à la Préfecture de Police avec communication du rapport médico-légal, et à la direction de l'Asile de Villejuif par la Préfecture de Police.

— Libération le 30 novembre.

— Le 17 décembre, le Directeur de la Police Judiciaire et le Commissaire de Police du quartier où s'est retiré H..., sont avisés par la Préfecture de Police des conclusions de l'expertise.

Voici enfin une dernière observation illustrant de façon typique la carence possible de tout renseignement concernant un malade transféré, carence revêtant une gravité d'autant plus grande que la qualité d'interné médico-légal n'est même pas signalée. Nous verrons au cours de cette observation le malade réclamer sa sortie au Préfet, au Tribunal, se pourvoir en Appel, multiplier les démarches et les interventions, être transféré de Nantes à Fleury puis à Paris, où il obtient enfin sa sortie par jugement du Tribunal, mais où il refuse de sortir objectant qu'il est physiquement malade. Il doit être expulsé de l'Asile !

#### **OBSERVATION n° 15.**

— D..., né en Loire-Inférieure, le 17 août 1883. Domicile de secours dans la Seine.

— En 1920, poursuivi à Nantes pour homicide volontaire avec préméditation. Après un simulacre de réconciliation avec un homme dont il prétend avoir gravement à se plaindre : il le tue de deux coups de révolver dans le dos au moment même où ils se quittent réconciliés.

— Non lieu après expertise :

Buveur. Chute grave sur la tête, récente. Troubles mentaux à forme confusionnelle et onirique, avec alternatives d'excitation et de dépression, idées de persécution, interprétations délirantes, troubles du caractère avec impulsivité. Troubles subjectifs (céphalées — bouffées congestives) dont la cause immédiate est une lésion cérébrale traumatique, cette lésion étant survenue sur un terrain prédisposé par une hérédité psychopathique (tante, mère, oncle, cousins germains aliénés) et de l'alcoolisme (Dr Coulonjou).

— Interné le 9 sept. 1920 à l'Asile de Nantes, où l'état confusionnel s'améliore grâce surtout au sevrage d'alcool.

D... réclame vite sa sortie.

— Certificat de situation à la demande du Préfet les 29 janvier et 11 juin 1921. Avis défavorables du médecin chef. Sortie refusée.

— Les interprétations délirantes persistent ainsi que le caractère impulsif du malade. Il se fait le vertueux dénonciateur de prétendus internements arbitraires à l'Asile de Nantes, de mauvais traitements sur les malades, etc. Nombreuses lettres aux autorités.

— Transfert à l'Asile de Fleury (Loiret) le 4 août 1921 par décision du Préfet de la Seine, à la demande de la femme de l'interné qui, habitant Paris, désire pouvoir le visiter plus aisément (Il est curieux que le malade n'ait pas été transféré, comme la logique le commandait, dans un asile de la Seine où il avait son domicile de secours).

Le malade arrive à l'Asile de Fleury avec un dossier contenant uniquement les pièces exigées par la loi. Il n'est fait aucune mention de son affaire judiciaire non plus que de sa nocivité possible. Après une observation de quelques mois le malade est placé dans un quartier de travailleurs où il jouit d'une certaine liberté dont il aurait pu dangereusement user pour s'évader et commettre des actes anti-sociaux.

— Le 29 oct. 1921, certificat de situation au Préfet saisi d'une demande de sortie par le malade : « ...Manifeste à l'égard de certaines personnes (en particulier le Dr Coulonjou) de très vifs ressentiments qui pourraient avoir pour conséquence des actes regrettables. Proposition de maintien ».

Proposition de maintien, sans savoir que c'est un aliéné criminel. En d'autres circonstances la sortie aurait fort bien pu être ordonnée et de graves conséquences en découler.

— Ce n'est qu'à la suite d'une correspondance privée entre les médecins des asiles de Nantes et de Fleury au sujet de revendications et de menaces du malade envers le Dr Coulonjou, que le médecin chef de Fleury est informé de ses antécédents judiciaires le 2 janvier 1922.

— Le 27 janvier 1922, certificat de situation au Préfet saisi d'une demande de sortie par l'épouse ; il y est fait état des renseignements récents parvenus sur les antécédents criminels du malade, et il conclut :

« ...Il ne m'est pas possible de donner suite pour le moment à la nouvelle demande de Mme D..., car cette dernière m'a fait connaître son intention de réclamer auprès du Tribunal de la Seine une nouvelle expertise et j'estime qu'il y a lieu d'attendre la décision de l'autorité judiciaire » (Dr Becue).

— Le 13 février 1922, lettre du médecin chef au Procureur d'Orléans l'avertissant que D... est un aliéné criminel interné à Nantes à la suite d'un non lieu.

— En mai 1922 Mme D... constitue avoué et se pourvoit devant le Tribunal de la Seine.

— Le 6 juin 1922, le Procureur de la République, à Paris, demande au Procureur d'Orléans un certificat de situation du médecin chef de Fleury. Le certificat conclut au maintien.

— Le Tribunal de la Seine ne répond pas à la requête de sortie et le 23 mai 1923 le médecin chef répond à une lettre de Mme D... en lui disant qu'il est sans nouvelle de la contre-expertise qui a été réclamée.

— Certificat de situation les 10 et 24 août 1923 au Préfet et au Tribunal d'Orléans concluant au maintien.

— Certificat de situation le 14 sept. 1925 à la demande du Président du Tribunal d'Orléans, concluant au maintien. Le Tribunal refuse la sortie.

— D... se pourvoit devant la Cour d'appel d'Orléans.

— Certificat de situation à la demande du Procureur général. Proposition de maintien.

— Le Procureur Général écrit au Procureur de la République que les renseignements recueillis doivent faire maintenir D... à l'Asile.

— De 1926 à 1930 nombreuses requêtes de sortie adressées tant au Préfet qu'aux tribunaux civils, toutes rejetées sur avis défavorable du médecin.

— Le 28 février 1930, lettre du Directeur de l'Asile de Fleury (sur proposition du Dr Beaussart) adressée au Préfet demandant le transfert de M... dans la Seine (le malade est au compte de ce département) car l'Asile de Fleury est un établissement trop ouvert pour qu'un tel malade puisse y être maintenu sans risques d'évasion.

— Certificat à fins de transfert le 28 février 1930. Sorti en transfert pour Ste-Anne, 15 avril.

— Certificat de Ste-Anne, 16 avril 1930 :

— Excitation intellectuelle avec interprétations et idées de persécution, réticence. Non lieu après homicide en 1920. Allègue que son dossier a été chargé par le Dr Coulonjou parce qu'il serait au courant d'une affaire compliquée et incroyable, l'affaire C... sur laquelle il refuse de s'étendre (Dr Simon).

— Transféré à Villejuif, section H. Colin, le 30 avril 1930.

— L'épouse constitue avoué et se pourvoit (art. 29) devant le Tribunal de la Seine.

— Expertise Claude, Genil-Perrin, Crouzon, favorable.

— Jugement du Tribunal Civil du 17 juillet 1931 ordonnant la sortie à condition qu'il se retire à Paris, chez un neveu.

— Le 16 août, il refuse de sortir, et son neveu de le prendre, parce qu'il n'est pas guéri d'un abcès froid.

— Le 25 août, l'Asile, d'entente avec le Parquet, prévient le neveu que s'il ne vient pas prendre son oncle, celui-ci sera mis d'autorité hors de l'Asile.

— Sortie avec protestations véhémentes.

\*  
\* \*

### 3. SORTIE APRÈS ÉVASION

Il est, enfin, un dernier et bien particulier mode de sortie : l'évasion. Celle-ci n'est pas exceptionnelle, et présente même une certaine fréquence, principalement chez les aliénés judiciaires. Les évasions sont surtout effectuées par les déséquilibrés ou les pervers, et par les alcooliques chroniques, c'est-à-dire par les su-

jets lucides. R. Dupouy (1) relève pour l'année 1930, 58 aliénés hommes évadés des asiles de la Seine, dont 21 aliénés judiciaires. En juin 1940, à l'asile de Fleury, on compta 109 évadés du service des hommes, dont 14 aliénés judiciaires.

La loi de 1838 ne s'est pas préoccupée des évadés, elle est muette à leur égard. Le règlement modèle de 1938 prescrit seulement au Directeur (art. 32) d'avertir immédiatement le Préfet de l'évasion produite, et de lui transmettre le rapport et le certificat de situation rédigés obligatoirement à ce sujet par le médecin. En pratique, lorsque la recherche immédiate de l'évadé par le personnel de l'asile a été infructueuse, la direction en avise d'urgence le Préfet. Le médecin traitant, le jour même ou le lendemain, rédige un certificat spécifiant l'état mental de l'évadé, la nature dangereuse ou non de ses troubles et, en conséquence, la nécessité de sa réintégration ou la possibilité de son maintien en liberté. Le certificat est recopié sur le Livre de la Loi, malgré que les textes ne fassent point mention de cette obligation, et adressé, avec un rapport circonstancié, au Préfet.

a) *Le certificat médical conclut à la non-réintégration*

En cas d'évasion d'un aliéné judiciaire, un pareil certificat est assez rare. En province, l'avis du médecin traitant est, le plus souvent, suivi par le Préfet qui « régularise » la sortie par un arrêté préfectoral immédiat. Le malade est alors rayé de l'effectif de l'établissement. Dans la Seine, la Préfecture de Police ne se conforme pas toujours à l'opinion du médecin, et considère parfois que l'aliéné placé d'office, bien qu'évadé, demeure sous le coup de son arrêté d'internement, et doit être arrêté et dirigé sur l'Infirmierie Spéciale, pour examen et décision.

b) *Le certificat médical conclut à la réintégration*

Lors de l'évasion d'aliénés dangereux non immédiatement re-

---

(1) R. DUPOUY. *Etude sur les évasions d'aliénés*. A. M. P., mars 1933, p. 304.

trouvés par les infirmiers, certains établissements ont coutume de prévenir les brigades de gendarmerie voisines, et parfois, le Maire de la commune de résidence habituelle du malade. La Préfecture du département prend, quant à elle, toutes les mesures nécessaires à la recherche et à la réintégration de l'évadé. Les aliénés internés en province au compte de la Seine, sont signalés à la Préfecture de Police qui fait procéder à leur recherche et à leur examen quel que soit l'intervalle écoulé. En cas de réinternement dans un asile de la Seine, la Préfecture de Police en informe la Préfecture du département d'évasion. Dans la Seine, le service des aliénés de la Préfecture de Police avise la direction de la Police Judiciaire d'avoir à faire rechercher l'évadé, et de le diriger, en cas d'arrestation, sur l'Infirmerie Spéciale.

Au cas où la réintégration s'impose, comment, et dans quels délais, pourra-t-elle être opérée ? La loi et la réglementation en vigueur ne donnent aucune précision à ce sujet, et la porte est laissée ouverte aux opinions et aux pratiques les plus opposées.

**Le mode de la réintégration.** — L'évadé, homis le cas d'une réintégration spontanée, peut être reconduit à l'asile par les soins des infirmiers, de la police ou de la gendarmerie, de sa famille.

*Les infirmiers*, outre la mission qu'ils ont de rechercher l'aliéné au moment de son évasion, peuvent être chargés d'avoir à le réintégrer le jour où le lieu de son refuge est connu. Mme G... aliénée délinquante, évadée de Fleury en juin 1940, fut ainsi recherchée à son domicile le 10 fév. 1941 par les infirmières de l'établissement. En réponse à une question posée, le Préfet de la Seine a reconnu qu'il n'existait aucun règlement régissant la mission des infirmiers chargés de la réintégration, et que les moyens employés ne devaient être que de persuasion (Bull. Municip. Off., 27 oct. 1928, et 15 janvier 1929).

*La gendarmerie ou la police* — et dans la Seine plus particulièrement la brigade spéciale du service des aliénés — sont maintes fois sollicitées de procéder à une telle mission. Mme L..., internée judiciaire, évadée de Fleury en juin 1940, fut, le 21 déc., convoquée au commissariat de police d'Orléans et confiée aussitôt

aux infirmières de l'établissement prévenu par téléphone. Mme C..., internée judiciaire évadée de Fleury en juin 1940, laissant sans réponse une lettre du 23 juill. la priant de rejoindre l'asile, fut l'objet le 6 août d'une demande de réintégration au maire de sa commune qui se déroba en arguant du manque de moyens de transport ; la malade ayant quitté son domicile sans laisser d'adresse, des recherches furent prescrites par le Préfet, et le 14 nov., un procès-verbal de gendarmerie fut dressé ; amenée à la gendarmerie elle fut alors remise entre les mains des infirmières. Selon Raynier et Beaudouin (1), l'intervention de la force publique à l'égard des aliénés est expressément condamnée dans l'esprit des dispositions légales et réglementaires (art. 24 de la loi de 1838, circulaires du 18 sept. 1838 et 19 sept. 1890, relatives au séjour provisoire et aux transferts). Outre que le recours à la maréchaussée à fins de réintégration d'aliénés évadés est couramment et sans difficultés utilisé en province, il semble que la légitimité d'une telle intervention soit réelle, et que sa contestation ne soit que le fait d'une interprétation abusive de l'art 24 de la loi de 1838, qui n'édicte que des mesures relatives aux séjours provisoires et aux transferts, sans, en fait, condamner l'intervention de la force publique. « Proscrire le dépôt dans des prisons, n'a jamais signifié la proscription d'appréhender un malade dangereux, dont on a prévu, par ailleurs, les conditions de son transport (1) ». D'autre part, le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie, précise en son art. 305 : « Toutefois, la gendarmerie empêche la divagation des fous dangereux, *s'en saisit*, ainsi que de ceux qui lui seraient signalés comme *évadés des établissements d'aliénés*, et, les remet sur le champ à l'autorité locale. Là s'arrête le rôle de la gendarmerie. En aucun cas les aliénés ne doivent être déposés dans des chambres de sûreté ».

La famille, enfin, sur sollicitation, réintègre parfois son malade

---

(1) RAYNIER et BAUDOUIN. *L'asile et les asiles d'aliénés*, 1930, p. 419.

(1) PICARD J. *Les lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion*. A. M. P., mai 1938.

évadé. Mme D..., internée judiciaire évadée de Fleury en juin 1940, fut ainsi ramenée par son mari le 16 sept. 1940; sur la demande du médecin chef.

**Le délai de la réintégration.** — La loi et la réglementation n'ont rien prévu à ce propos. La jurisprudence, dans ses arrêts, tout en distinguant les évasions récentes des plus anciennes, ne fixe au temps écoulé depuis l'évasion aucun terme précis à l'expiration duquel l'évadé ne pourrait plus être réintégré sans nouvelles formalités. Certains auteurs ont estimé que le certificat à fins de réintégration ne conservait pas indéfiniment sa valeur et qu'il devait être assimilé à un certificat d'internement dont la péremption est acquise au bout de *quinze jours* (art. 8 de la loi de 1838). Cette opinion, suivant laquelle, dans le délai de quinze jours, la réintégration s'accomplirait sans aucune formalité, et, passé ce temps, nécessiterait un nouveau certificat médical et un nouvel arrêté d'internement, est celle de MM. Orelli (1) et Dupouy (2) qui signalaient en outre qu'une mesure semblable — sans toutefois que le terme de quinzaine ne soit spécifié — avait été prescrite par une circulaire ministérielle du 22 déc. 1842. Le projet Dubief comportait en son art. 52 de semblables dispositions. Pour Auzouy (3), le délai devrait être porté à *un mois*. Cet auteur tire argument du fait que l'art. 12 de la loi de 1838 prescrit la consignation mensuelle sur le registre matricule des changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Or tout aliéné absent depuis plus d'un mois, n'étant plus susceptible de se voir appliquer cette prescription légale, ne fait plus partie de la population de l'asile, et l'arrêté de placement le concernant cesse de lui être applicable. Au bout d'un mois l'aliéné devrait donc faire l'objet d'un nouvel arrêté de placement.

Malgré le désir justifié que peuvent avoir ces auteurs de voir unanimement adoptés des délais fixes de réintégration, ces derniers, n'étant que le fait d'interprétations qu'aucune réglementation n'est

---

(1) ORELLI F. *Les réintégrations après évasions*. Aliéniste Français, mars 1938.

(2) *Op. cit.*

(3) AUZOUY. *De la responsabilité au sujet des évasions*. A. M. P., mai 1878.

venue sanctionner, sont loin d'être partout et toujours respectés. La carence de la loi suscite à l'endroit des aliénés évadés des mesures variables et particulières à chaque département, *et le délai de réintégration est en fait indéterminé*. Si, par exemple, dans le Haut-Rhin le délai de quinzaine est le plus souvent observé, il semble que dans la plupart des départements les Préfets aient coutume de faire réintégrer le malade sans nouvel arrêté de placement quel que soit le temps écoulé depuis l'évasion. C'est ainsi que les quatre évadés de l'asile du Loiret que nous venons de citer ont été réintégrés à Fleury, respectivement, *trois, cinq, six et huit* mois après leur évasion, *et sans nouvel arrêté de placement*. Dans l'Eure le délai de quinzaine n'est pas davantage respecté, et l'obs. n° 19 nous montrera que le malade D... avait été réintégré une première fois, trois mois, et une seconde, quatre mois après son évasion, sans nouvel arrêté préfectoral.

*Dans la Seine*, par contre, la Préfecture de Police n'accorde au certificat a fins de réintégration qu'une validité de quinze jours maximum.

*Si, au cours de la quinzaine qui suit l'évasion*, l'aliéné réintègre spontanément l'asile ou est repris par les infirmiers, la réintégration s'effectue sans aucune formalité, la direction de l'établissement avisant simplement du fait la Préfecture de Police. Si l'évadé est arrêté, il est, malgré que la quinzaine ne soit pas écoulée et que le certificat conclue à la réintégration, conduit à l'Infirmerie Spéciale (parfois à Henri Rousselle) a fins d'examen. Le médecin de l'Infirmerie Spéciale n'est pas lié par le certificat du médecin traitant, et, écrit R. Dupouy, « de même que nous avons vu réintégrer une malade dont le retour n'était pas exigé par son médecin traitant, de même avons-nous vu laisser en liberté des sujets dont la réintégration avait été demandée après l'évasion ». Si cet examen conclut à la nécessité de la réintégration, l'évadé est réintégré par simple note contenant la copie du certificat de l'Infirmerie Spéciale.

*Si la quinzaine est expirée*, le certificat est considéré comme

périmé (1), et le malade doit faire l'objet d'un *nouvel arrêté d'internement*. Que l'évadé revienne ou soit repris par les infirmiers, les directeurs ne peuvent plus le réintégrer et doivent alors le diriger sur l'Infirmerie Spéciale, où il sera soumis à un examen psychiatrique sur les conclusions duquel la Préfecture de Police prendra éventuellement un nouvel arrêté de placement. Le plus souvent, l'évadé, qui est recherché quel que soit le temps écoulé depuis son évasion (ex. obs. n° 17, p. 76), est arrêté par les soins de la Police et aussitôt conduit à l'Infirmerie Spéciale à fins d'examen et de décision.

Cette manière de procéder adoptée par la Préfecture de Police n'est que le fait d'une interprétation toute personnelle, qui n'a jamais été formulée par aucun texte et qu'on ne connaît que par l'usage. Ce qui permet à la Préfecture de Police d'appliquer une pareille doctrine c'est qu'elle possède des organismes pour trancher la question hors des psychiatres relevant de la loi de 1838. La province n'a pas les mêmes ressources, d'où la nécessité, pour elle, de ne s'en rapporter qu'aux médecins de l'asile, et de ne pas faire jouer une mesure que la loi n'a d'ailleurs pas prévue.

Tout autre est la réintégration dans un asile d'un département nouveau d'un aliéné évadé d'un autre établissement ; l'art. 18 prescrit alors la nécessité d'un arrêté spécial. J. Picard rapporte cependant l'exemple d'un cas où cette disposition ne fut pas respectée.

---

(1) En fait, nous venons de le voir, le certificat à fins de réintégration semble bien plus être considéré par la Préfecture de Police comme un avis d'évasion que comme un certificat médical, car en aucun cas il n'est tenu compte de ses conclusions, la P. de P. s'en référant toujours à ses médecins avant de prendre sa décision.

## CHAPITRE II

---

### LE PROBLEME DE LA SORTIE DES ALIENES DELINQUANTS OU CRIMINELS TEL QU'IL SE POSE ACTUELLEMENT AU MEDECIN D'ASILE

---

Le problème de la sortie d'un aliéné criminel se pose couramment dans la pratique asilaire et en constitue un moment délicat.

C'est ainsi que sur les 997 malades indigents que compte l'Asile du Loiret, 54 sont des internés par voie judiciaire. Le décompte se fait ainsi :

Service des hommes : 387 malades, 34 internés judiciaires.

Service des femmes : 610 malades, 20 internées judiciaires.

Le Docteur Beaussart, médecin chef de la 2<sup>e</sup> Section des hommes à l'asile de Villejuif, a bien voulu nous communiquer le nombre d'aliénés judiciaires que compte son service : 33 sur 351 malades. Les Docteurs Prince et Got ont de même fait savoir que l'asile d'Evreux comportait, sur 350 hommes, 46 internés judiciaires, et sur 525 femmes, 3 internées judiciaires.

Quelle est la composition moyenne du contingent d'aliénés judiciaires qu'abrite ordinairement un asile d'aliénés ?

On doit distinguer deux groupes nettement différents : d'une part les *véritables aliénés criminels*, ceux qu'une psychopathie caractérisée a conduit à la délinquance et au crime, de l'autre les *anormaux antisociaux*, c'est-à-dire les instinctifs déséquilibrés ou pervers, sujets lucides, insociables, porteurs d'une anomalie

mentale constitutionnelle et durable, constituant une prédisposition importante à des délits ultérieurs. La distinction n'est pas absolue « car l'affection psychique n'a fait parfois que révéler des tendances antisociales latentes qu'elle a même pu définitivement exalter » (X. ABELY). Cette distinction est cependant admise par de nombreux auteurs et correspond bien aux réalités de l'observation.

Quelle est la conduite du Médecin d'Asile devant des demandes de sortie formulées par de tels malades ?

Nous avons vu que la loi de 1838 est peu explicite quant à la sortie des aliénés criminels. Elle dit bien de retenir les aliénés dangereux mais sans préciser ce qu'elle entend par *aliénés*, pas plus que l'art. 64 ne précise ce qu'il entend par *démence*. Comme le dit Guiraud, « puisque les experts, d'un avis unanime, interprètent très largement le terme démence de l'art. 64, le médecin peut quant à la sortie interpréter aussi largement le terme d'aliénation mentale ». Deux attitudes, dit-il, sont possibles : « l'une consiste, quand on ne trouve rien d'anormal dans les réponses et la conduite du malade, à déclarer qu'il n'est plus aliéné et croire que l'on n'a pas le droit de le garder d'après la loi de 1838. L'autre plus pragmatique est de se dire qu'un acte grave ayant été commis, la sortie ne peut avoir lieu que quand le pourcentage de chances de récidive sera devenu négligeable » (1). Il va sans dire que seule la seconde attitude devrait être adoptée avec le principe de toujours envisager l'aliéné criminel au point de vue social, et de ne le libérer que lorsqu'il ne peut plus présenter de danger pour la Société. Si la libération d'un malade dont l'affection mentale n'a pas entraîné de réactions antisociales graves se suffit d'une seule condition : la guérison de la maladie psychiatrique, celle d'un aliéné judiciaire doit répondre au double critère *de la guérison clinique et de la guérison sociale* ; il faut exiger une disparition totale du danger social, il faut savoir prévoir les possi-

---

(1) P. GUIRAUD. *Les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux*. A. M. P., avril 1927.

bilités de rechute après le retour à la vie normale dont les conditions souvent défectueuses peuvent entraîner une reprise des troubles mentaux.

Aussi, malgré sa complexité, la question de la libération des véritables aliénés criminels est-elle beaucoup plus facile à résoudre que celle des anormaux antisociaux. En effet le placement à l'Asile d'un prévenu reconnu aliéné et totalement irresponsable est logique et incontestable, et la guérison de sa psychopathie résout d'elle-même, dans la plupart des cas, le problème médical de sa libération. Par contre l'internement de ces anormaux constitutionnels, pour lesquels il n'est actuellement que deux alternatives, la prison ou l'asile, est parfois discutable, et il est difficile de décider de la sortie de ces sujets dont la nocivité latente réapparaîtra au premier achoppement de la vie sociale. Si le problème n'existe que parce qu'ils ne sont pas à leur place à l'asile et devraient être séquestrés dans des établissements spéciaux, il n'en existe pas moins et doit être résolu.

Ainsi, est-ce dans l'appréciation exacte des risques de rechute du malade et de récurrence des actes antisociaux, que repose le problème de la sortie des aliénés criminels. *Cette appréciation est autant facteur, pour un sujet donné, de ses conditions de vie au dehors, que de son état psychique.* En certains cas même, la difficulté est uniquement liée au milieu social.

Pour juger de l'opportunité de la libération d'un aliéné criminel le médecin va donc s'appuyer sur deux éléments : l'un médical, l'autre social. A vrai dire ces deux éléments sont indissociables ; les conditions de sortie de chaque malade sont particulières et personnelles, et posent chaque fois un problème nouveau. Aussi, après avoir considéré le passé du malade, après avoir étudié ses antécédents et son histoire médico-judiciaire, c'est-à-dire son dossier, le médecin va-t-il étudier ce que l'on peut appeler les conditions médico-sociales de la sortie, conditions éminemment variables suivant les malades. En la divisant pour la commodité de l'exposition en trois parties un peu artificielles, on peut dire que l'étude de la sortie d'un aliéné criminel comprend :

- l'étude du dossier du malade.
- l'étude des conditions médicales de la sortie.
- l'étude des conditions sociales de la sortie.

\*  
\* \*

## I. — Le dossier du malade

C'est par le dossier que le médecin connaît le passé de son malade, et plus encore que celui des aliénés ordinaires, le dossier des aliénés judiciaires devrait être parfaitement composé. Il devrait relater avec précision tous les antécédents du malade et sa complète histoire médico-judiciaire, dont la connaissance est indispensable au médecin pour pouvoir juger de la véritable nature du sujet et des possibilités de sa sortie. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et nous allons voir que la première étape de l'étude des conditions de la libération, celle qui, n'étant que le fait de dispositions matérielles faciles à prendre ne devrait présenter aucune difficulté, est en pratique trop souvent malaisée. Ceci est surtout vrai pour les malades internés en province, les internés de la Seine étant dotés d'un dossier beaucoup plus complet et soigneusement tenu à jour.

\*  
\* \*

### 1. — DANS LA SEINE

Dans la Seine chaque interné médico-légal possède trois dossiers :

- le dossier de l'asile.
- le dossier de la Préfecture de Police.
- le dossier de la Préfecture de la Seine.

Ce dernier ne présente, médicalement parlant, que peu d'intérêt, n'ayant trait qu'à la gestion des biens des aliénés. On peut négliger aussi le dossier judiciaire — d'ailleurs inaccessible à la

demande des médecins aliénistes -- les renseignements d'instruction qu'il contient figurant par de nombreuses copies dans le dossier de la Préfecture de Police.

*Le dossier de l'Asile* comprend essentiellement les certificats médicaux, les rapports d'expertise, et les notifications des décisions concernant les demandes de sortie. Le rapport médico-légal de l'expert commis est, actuellement, toujours communiqué au médecin chef par la Préfecture de Police. Tous les certificats médicaux rédigés depuis l'admission du malade, y compris celui de l'Infirmerie Spéciale habituellement mentionné lors de l'arrêté préfectoral de placement d'office, sont consignés sur le dossier d'asile. Lors du passage du malade de service à service, ou d'un asile à un autre asile, copie de tous les certificats est établie par les soins de l'asile transféreur au bénéfice de l'asile récepteur. Mais le dossier d'asile est généralement muet ou peu explicite sur le passé médico-judiciaire du malade, antérieur à son actuel internement, et des dates et des faits essentiels manquent souvent. Le complément de renseignements qui peut intéresser le médecin chef doit être, par lui, puisé sur place dans le dossier de la Préfecture de Police.

*Le dossier de la Préfecture de Police* comprend tous les éléments d'ordre judiciaire, tous les procès verbaux de constats, d'enquêtes, d'auditions de témoins. En effet, à chaque internement après non lieu, le dossier judiciaire est communiqué par le Parquet à la Préfecture de Police, qui y prend copie du rapport d'expertise et des renseignements qui peuvent documenter sur le passé du malade. Si le dossier n'est pas spontanément envoyé, la Préfecture ne manque jamais de le réclamer (1). En liaison étroite avec le

---

(1) Ces heureuses dispositions ne sont prises par la Préfecture de Police que depuis un temps relativement récent, et il est nombre de dossiers d'aliénés judiciaires internés à une époque plus ancienne, qui sont d'un indigence extrême, ne portant parfois même pas les conclusions du rapport médico-légal. En effet, après avoir, pendant un temps, communiqué au Préfet tout le dossier judiciaire de l'aliéné bénéficiant d'un non lieu, le Parquet changea de manière de faire et supprima l'envoi du dossier, en invitant le Préfet à envoyer sur place un employé chargé d'extraire du rapport médico-légal tous les renseignements utiles. Cette pratique

service de l'identité judiciaire, le service des aliénés de la Préfecture de Police complète ce dossier par des recherches effectuées aux sommiers judiciaires. Le dossier est ainsi fort complet, car l'on sait que la section des sommiers centralise toutes les condamnations prononcées par tous les tribunaux de France contre tous les individus qui leur ont été déférés ; elle reçoit les avis de mandats délivrés par tous les Parquets, elle jouit, en plus, du privilège de n'être pas atteinte par les dispositions des lois d'amnistie qui enjoignent aux greffes de ne plus faire état des condamnations ainsi effacées (1). Du point de vue médical, ce « coup d'éponge » est une disposition fâcheuse lorsqu'un expert a à apprécier l'état mental d'un prévenu, et à prendre des conclusions qu'il ne peut quelquefois justifier qu'en connaissant son passé exact.

Le dossier de la Préfecture de Police présente cependant parfois d'importantes lacunes dans l'histoire médico-judiciaire du malade. Ceci provient alors, le plus souvent, d'un séjour du malade en province, antérieurement ou postérieurement à son internement dans la Seine. Transféré de province dans la Seine, le malade peut l'être avec un dossier très incomplet, dont l'indigence ne peut être imputée à la Préfecture de Police dont le souci constant est de sauvegarder la défense sociale par le maximum de documentation. Transférant un aliéné de la Seine en province, la Préfecture de Police, malgré qu'elle ait coutume de rester en rapport avec l'asile du département, qui lui signale en particulier les évasions, perd souvent la trace du malade sans qu'on puisse non plus lui en imputer la faute.

---

s'étant révélée défectueuse, l'employé incompetent et souvent peu consciencieux recopiant au hasard quelques phrases du rapport, omettant dates et indications essentielles, le Parquet se chargea de fournir lui-même au Préfet les extraits nécessaires. Mais l'employé du Parquet ne fit pas mieux que celui de la Préfecture, et l'on ne trouvait souvent dans les dossiers « que bribes insignifiantes et vagues, au lieu d'avoir sous les yeux les rapports authentiques de l'expert avec tous leurs détails concernant le délit, la victime, les circonstances de l'acte, etc... ». Le Préfet pour prononcer l'internement, et le Médecin d'Asile, pour prononcer la sortie, se trouvaient souvent ainsi dans l'ignorance presque complète des faits qui avaient motivé la poursuite judiciaire. (Cf. J. ROUBINOVITCH, *Soc. méd. légale*, 1920).

(1) P. BEAUSSART, *Carnet individuel pour aliénés, fichier central et autres moyens d'investigation*. A. M. P., 1925.

\*  
\* \*

## 2. — EN PROVINCE

Chaque interné possède deux dossiers : le dossier de l'asile, le dossier de la Préfecture du département. Le dossier de la Préfecture de Police n'a pas son équivalent en province. Ces dossiers ont coutume d'être dans l'ensemble notoirement insuffisants notamment en ce qui concerne les aliénés judiciaires. Dans le cas précis du Loiret, qui ne semble pas être une exception, *le dossier de la Préfecture* ne contient habituellement aucun renseignement sur l'histoire du malade. Bien que le Parquet, après le non lieu, communique à la Préfecture le dossier d'instruction, les services administratifs ont coutume de ne relever que les conclusions du rapport médico-légal, sans y adjoindre aucun renseignement sur les antécédents du malade. Dans l'Eure, une pratique un peu meilleure est adoptée par la Préfecture qui fournit à l'asile copie du rapport d'expertise. *Le dossier de l'asile* contient en fait, à Fleury, les certificats médicaux et la copie du rapport médico-légal, qui, par un arrangement officieux entre les experts — qui sont les médecins de l'asile — est toujours communiqué par leurs soins à la direction de l'établissement. Cependant, dans nombre de dossiers anciens ou relatifs à des malades transférés, le rapport d'expertise est absent. Nous avons déjà relevé par ailleurs l'habituelle indigence des dossiers des sujets transférés par les asiles de province qui, dans l'attente d'une réglementation officielle, devraient, à l'exemple de la Préfecture de Police, toujours communiquer la totalité des renseignements — déjà si peu importants — qu'ils possèdent sur leurs ressortissants.

\*  
\* \*

## II. — L'étude des conditions médicales de la sortie

Il n'est pas question d'entrer ici dans le détail d'une étude

psychiatrique des conditions de sortie dans chaque maladie mentale. Nous envisagerons le problème posé par la sortie des aliénés judiciaires d'une façon plus pratique en distinguant les cas faciles des cas difficiles, et en étudiant les plus fréquents parmi ceux-ci.

Il est certains cas relativement faciles où la qualité de médico-légal de l'interné ne suscite pas de difficultés spéciales : il en est ainsi, par exemple, pour les confus guéris. La sortie peut être encore facilement accordée à certains malades ayant commis un acte anti-social occasionnel au cours d'une maladie mentale, dont l'évolution est telle, que la récurrence de faits semblables peut être écartée : ce peut être, entre autres, le cas de paralytiques généraux devenus complètement déments, ou par contre très améliorés par le traitement, ou encore de certains déments précoces coupables de simples délits et ayant évolué vers l'inertie et l'indifférence ; de sérieuses garanties de la part de la famille sont, en l'occurrence, indispensables. A l'opposé, la décision de maintien en séquestration ne soulève pas de discussion, surtout s'il y a eu crime ou violences, quand il s'agit de délirants hallucinés persécutés ou revendicateurs.

Les cas difficiles sont, avant tout, ceux présentés par les sujets lucides et calmes à l'asile, dont le retour à la liberté, sans assistance ni surveillance, s'accompagne souvent d'une récurrence des actes anti-sociaux. En pratique, les difficultés médicales de la sortie peuvent essentiellement se distinguer en :

— difficultés liées au danger de rechute d'un sujet conscient et tranquille, qui a présenté des troubles mentaux caractérisés, actuellement guéris, mais qui peuvent réapparaître sous l'influence de causes particulières. C'est principalement le cas des alcooliques récidivistes.

— difficultés liées à la présence, chez un sujet lucide, d'une anomalie mentale constitutionnelle, qu'un internement même prolongé ne saurait faire disparaître. C'est le problème posé par les anormaux anti-sociaux internés.

## 1. — LES ALCOOLIKES

Indépendamment du rôle occasionnel que joue fréquemment l'excès éthylique dans le déclenchement des actes délictueux ou criminels survenant au cours des différentes psychoses, l'intoxication éthylique proprement dite, aiguë ou chronique, est à l'origine d'un nombre important de délits ou de crimes dont les auteurs forment une appréciable proportion des aliénés internés par voie judiciaire. L'ivresse excito-motrice à réactions dangereuses, le délire alcoolique, la démence terminale du buveur, sans parler de sa constante déchéance intellectuelle et surtout morale, sont autant de causes favorisant l'accomplissement d'actes antisociaux.

Mais, l'évolution des accidents cérébraux dûs à l'alcoolisme est différente suivant la nature des sujets, et on peut classer les alcooliques récidivistes en deux catégories : les buveurs d'habitude sans tare dégénérative, les déséquilibrés constitutionnels avec appoint alcoolique.

Ne disons qu'un mot des déséquilibrés avec appoint alcoolique qui sont, avant tout, des anormaux, des malades du sens moral, dont l'alcoolisme ne fait qu'aggraver la tendance antisociale et dont le cas sera étudié dans un chapitre particulier. Ces sujets sont par nature enclins à devenir des buveurs, et, intoxiqués, sont encore moins capables que d'autres de se retenir de commettre des actes antisociaux. L'équilibre de leurs facultés mentales est toujours instable et le plus petit excès alcoolique suffit parfois à provoquer des troubles psychiques souvent très graves alors qu'on ne trouve aucun signe physique d'éthylisme. Ils versent très facilement dans le délire alcoolique et comme le dit Guiard (1) : « on ne peut dire que ces malades soient des aliénés par alcoolisme, ce sont des aliénés avec alcoolisme ».

---

(1) *Les alcooliques récidivistes*, H. GUIARD. Thèse Paris, 1903.

L'alcoolique sans tare héréditaire, le buveur d'habitude, peut parcourir une longue période sans présenter de troubles mentaux, bien qu'ayant tous les signes somatiques de l'alcoolisme chronique et faisant les pires excès. Peu à peu cependant son système nerveux se fatigue, devient plus sensible à l'alcool, la déchéance intellectuelle et morale s'aggrave, le sujet perd peu à peu le respect de lui-même et celui de la Société, et si, spontanément ou sous l'influence d'une cause occasionnelle, n'éclôt pas un délire qui le conduit à la délinquance ou au crime, la disparition progressive de son sens moral suffit à en faire un antisocial qui ne tarde pas à connaître la prison ou l'asile. En un terme ultime, par une constitution acquise, il a rejoint l'anormal constitutionnel et peut lui être assimilé. Nous écarterons donc le cas de l'alcoolique chronique avec affaiblissement mental, pour ne considérer ici que celui de l'éthylique, interné à la suite d'actes commis au cours d'une ivresse pathologique ou d'un accès de délire.

L'ivresse pathologique, dont la forme la plus fréquente est l'ivresse excito-motrice agressive et furieuse, se calme en général très rapidement et c'est devant un sujet calme et lucide, n'ayant gardé qu'un faible souvenir des faits qui lui sont reprochés ou les ayant totalement oubliés, que se trouve le médecin chef du service où il est interné.

Déclaré irresponsable et interné à la suite d'actes commis sous l'influence d'un délire hallucinatoire, le malade se présente parfois au médecin comme un individu normal et conscient qui se rappelle plus ou moins bien son accès, mais qui ne présente plus aucun symptôme délirant : le temps de prévention, par le sevrage réalisé, a déjà permis aux troubles mentaux de disparaître. Certains voient regresser moins rapidement leur délire qui survit pendant un temps plus ou moins long à la disparition des hallucinations, mais finit toujours par s'évanouir à son tour.

Ainsi dans l'un ou l'autre cas, la crise passée, le médecin se trouve devant un sujet tranquille, lucide, qui n'est plus un aliéné et qui ne tarde pas à lui demander sa sortie, prêt à jurer, de bonne foi souvent, de respecter une abstinence absolue et de

reprendre une vie honorable. La question est délicate car le médecin aliéniste, s'il se place au seul point de vue de la nocivité du sujet et de la défense de la Société, a en effet à compter avec une récidive presque certaine des habitudes d'intempérance, et éventuellement des actes antisociaux. Le plus souvent il fait patienter le malade, l'occupe dans un quartier de travailleurs, lui laisse une certaine liberté. Mais le problème reste entier : va-t-il, et peut-il, le garder toute sa vie à l'Asile ? Si non, va-t-il lui rendre une liberté qui porte en elle toutes les menaces de la récidive ?

En premier lieu, est-il possible, dans l'état actuel de la législation, de garder séquestré un sujet qui n'est plus aliéné, sur la seule présomption d'une récidive probable des actes antisociaux ? La loi de 1838 est muette sur les mesures à prendre vis-à-vis de ces malades particuliers, et le médecin, quand il se résout, dans un but de sauvegarde sociale, à prononcer leur maintien en séquestration, en est réduit à largement interpréter l'esprit du texte l'autorisant à maintenir les « aliénés dangereux », auxquels il peut se considérer en droit d'assimiler ces sujets, que l'expérience lui commande de considérer comme des récidivistes inévitables. Mais la carence de la loi qui n'a prévu pour eux ni dispositions législatives particulières, ni établissements spéciaux, suscite des opinions diverses quant à leur maintien à l'asile, et les nombreuses démarches faites par ces malades pour obtenir leur sortie ne manquent pas, une première fois, d'aboutir à la libération, soit à la suite d'une contre-expertise, soit même par décision du médecin traitant qui s'était primitivement refusé à l'autoriser. En effet ces sujets lucides qui voisinent avec de véritables aliénés et qui en souffrent, ne sont pas à leur place à l'asile, et la loi ne permet pas, tout au moins à la suite d'un premier acte antisocial, de les garder indéfiniment internés.

Ainsi, le maintien en séquestration est aux frontières de la légalité, et ne constitue pas une mesure appropriée à l'état de ces sujets, et le retour à la liberté, effectué sans conditions ni surveillance légalement prescrites, laisse ouvertes toutes les chances de récidive. Devant ces deux solutions, qui ne satisfont à la fois ni

aux nécessités de la défense sociale, ni à celles du traitement et du maintien légal de ces malades, le médecin, ni guidé ni soutenu par la loi, base en pratique sa décision sur deux éléments : la gravité de l'acte commis d'une part, le fait que le sujet en est à son premier internement ou non, de l'autre. Interné une première fois, un alcoolique délinquant guéri de son délire, est habituellement libéré après une courte séquestration : le maintien d'un criminel est généralement plus prolongé. Cette conduite ne résout pas le problème, et le médecin le sait bien, mais il lui est difficile dans l'état actuel des choses de procéder autrement. Ce ne sera que la récidive qu'il aura redoutée, et dans une certaine mesure prévue, qui lui permettra, à lui et aux autorités publiques, de prendre une mesure que la loi n'a pas su prescrire.

La complexité du problème posé par les alcooliques antisociaux est bien mise en évidence par les observations suivantes, qui sont loin d'être exceptionnelles, de deux sujets meurtriers au cours de troubles mentaux passagers. Le premier, interné à la suite du meurtre de sa maîtresse, est mis en liberté et assassine sa femme, à moins de trois ans d'intervalle, dans des conditions semblables. Le second, après avoir été l'objet de multiples internements est interné à la suite d'une tentative de meurtre, et il semble que dans l'état actuel de la législation sa sortie ne puisse pas lui être refusée.

#### **OBSERVATION n° 16.**

— L..., né en novembre 1890 dans les Côtes-du-Nord. Père, sœur et oncle, alcooliques. Un frère épileptique. Marin de 13 à 40 ans (Terre-Neuve). Marié en 1922. Déjà il se livre à la boisson et se montre violent et jaloux. En août 1930, après une nouvelle scène de violence, alors qu'il était ivre, sa femme le quitte. Il tente alors de se suicider (coups de révolver dans la mâchoire inférieure et dans le cou) ; d'après lui, chagrin de voir sa femme malade, sans argent, et d'avoir perdu 3 enfants sur 8. En septembre 1930, embauché comme manoeuvre, sa femme consent à revenir avec lui. Nouveaux excès de boisson ; maîtresses ; sa femme repart en octobre 1933, emmenant ses 5 enfants. Il la rejoint en 1934 à Amiens. Type du « bourreau familial », elle le quitte une nouvelle fois.

— Le 16 octobre 1934, *meurtre de sa maîtresse*, à Frépillon.

Enivrement commun le 15 et le 16. Discussion le 16 au soir, coups de poing assénés par lui. Ils se couchent. Le 17 au matin, il trouve sa compagne morte. Il reste près du cadavre jusqu'au 24, puis du 24 au 26 se confîne dans une autre pièce, en raison de la putréfaction. Pas d'alimentation mais enivrement journalier. Le 23 octobre il va se confesser ; il lui est conseillé de se constituer prisonnier. Il ne le fait que le 28 octobre.

— Expertise du Dr Truelle le 18 novembre 1934, portant les conclusions suivantes :

« L..., fils et frère d'alcoolique, est lui-même atteint d'alcoolisme chronique avec dépression psychique et affaiblissement intellectuel. Pendant plusieurs semaines, et notamment au temps du crime, il a présenté, outre des manifestations épileptiques, un délire hallucinatoire confusionnel. Doit être tenu pour irresponsable.

Reste ralenti, déprimé, et affaibli intellectuellement. Il ne corrige pas son délire, de la réalité duquel il reste convaincu. Il est toujours un malade, en imminence de rechute, et un malade susceptible de redevenir dangereux. Doit être interné ».

— Interné à Clermont de l'Oise, le 10 janvier 1935.

L'accès délirant et confusionnel qui a duré 5 à 6 semaines, a disparu, et les certificats immédiat et de quinzaine, le montrent : « ...actuellement calme, docile, lucide et non délirant ».

— Sorti le 13 juillet 1935 de l'Asile de Clermont, avec le certificat suivant :

« L..., qui a présenté un accès délirant d'origine alcoolique, est actuellement guéri des troubles qui avaient nécessité son internement. A été sevré d'alcool à l'Asile pendant 6 mois. J'estime qu'on peut le mettre en liberté et le confier à son beau-frère qui s'engage à le prendre provisoirement près de lui, et à le surveiller pour l'empêcher de boire ».

— En mai 1937, *meurtre de sa femme*, à Paris.

Le 13 mai, L... se présente au Commissariat de Police de la rue de la Huchette, en compagnie de son hôtelier, et dit avoir, à son réveil, trouvé sa femme morte. Invité à aller déclarer le décès à la Mairie, il s'enfuit ; appréhendé, on trouve le cadavre porteur de traces de violences. L... raconte que le 12, vers 19 heures, il a envoyé sa femme acheter du vin, que, l'entendant revenir, il a ouvert la porte de l'escalier, et l'a vue sortir de chez un voisin. Il lui a asséné un coup de poing à la figure. Elle a fait cuire des pommes de terre, et du poisson, qu'ils ont mangé. Ils se sont couchés. Ils étaient ivres. Le lendemain matin il l'a trouvée morte. (Autopsie : hémorragie méningée consécutive aux traumatismes de la face et de la tête, avec fracture des os du nez. Autres traces de violences sur le corps : coups de poings et pieds. Vin dans l'estomac et teneur du sang en alcool correspondant à une absorption de plus de 3 litres de vin). Le voisin nie les allégations de L... — L... prétend que sa femme lui disait avoir des amants ; d'où discussions et coups.

— A l'instruction, L... dit que c'est le 11 mai après-midi qu'il a frappé sa femme et que c'est le 12 au matin qu'il l'a trouvée morte. Il est resté somnolent, près d'elle, toute la journée. Ce n'est que le 13 au matin qu'il s'est

complètement réveillé. Dit avoir des crises d'épilepsie depuis l'âge de 18 ans.

— Expertise du Dr Genil-Perrin, le 22 juin 1937, portant les conclusions suivantes :

« L... est un psychopathe dangereux, alcoolique et épileptique, présentant d'une part de l'affaiblissement intellectuel et des troubles permanents du caractère, d'autre part des troubles passagers, aigus ou sub-aigus, relevant tant de l'onirisme alcoolique que de l'épilepsie psychique.

Il était en état de démence au moment de l'action.

Déjà interné à la suite d'un crime semblable à celui-ci, qu'il n'a pu commettre que grâce à une libération inopportune, L... reste un sujet au plus haut degré dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes, et il doit être à nouveau interné d'office dans un asile d'aliénés.

Il faut souhaiter que la leçon de cette expérience ne soit pas perdue et que L... ne bénéficie pas d'une nouvelle mise en liberté qui lui permettrait de faire de nouvelles victimes ».

— Internement à Villejuif le 12 juillet 1937.

— Toujours interné, L... n'a présenté, depuis son placement, aucune crise comitiale, aucun équivalent. C'est dans le service un homme tout à fait aimable, docile, calme, qui s'occupe régulièrement, et déjà plusieurs personnes ont réclamé sa sortie avec insistance.

#### **OBSERVATION n° 17.**

— T..., né en déc. 1883, interné une première fois le 18 août 1927 à la suite d'un accès alcoolique sub-aigu. Sorti le 28 sept. 1927 par guérison. Interné à nouveau pour la même cause en 1930 et 1931.

— En 1933, poursuivi pour tentative de meurtre, une expertise, concluant à un délire chronique, le déclare irresponsable.

— Internement à l'asile d'Armentières. Evasion le 19 fév. 1938, signalée par la Préfecture du Nord à la Préfecture de Police.

— Le 8 oct. 1938, le service des aliénés de la P. de P. informe la direction de la Police Judiciaire, d'avoir à faire rechercher l'évadé et de le diriger éventuellement sur l'Infirmerie Spéciale.

— Arrêté le 27 nov. 1940. Conduit à l'Infirmerie Spéciale, où est rédigé le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique. Quatre internements antérieurs, le dernier à la suite d'une expertise medico-légale concluant à l'irresponsabilité et suivie d'un non lieu. Avait commis une tentative de meurtre contre son frère. Présentait un syndrome hallucinatoire avec idées d'influence. Evasion de l'Asile d'Armentières le 19 février 1938 ; travaillait alors au chargement des charbons. Actuellement calme, lucide, conscient de la situation, orientation imparfaite, dénégation d'idées délirantes, mais gros signes d'imprégnation : tremblement digital et lingual. Aveu de prise d'un litre et demi de vin par jour. Vie solitaire à Paris sans surveillance. Du fait des antécédents et de la persistance des excès de boisson, quasi certitude de récurrence prochaine des troubles mentaux. Dans ces conditions la réintégration à l'Asile doit être décidée et la sortie régulière ne doit être auto-

risée qu'après observation et une cure de désintoxication. Scoliose » (Dr Heuyer).

— Internement à Villejuif, 3<sup>e</sup> S. Le 2 déc. 1940, la P. de P. avise la Préfecture du Nord du réinternement de T...

— Certificat de situation à la demande du Tribunal, Villejuif, 11 juillet 1941 : « Quatre internements depuis 1927 pour manifestations alcooliques dont le dernier en 1933, à Armentières, à la suite de coups de revolver tirés sur son frère, sans l'atteindre, à l'occasion de discussions dans une affaire d'héritage. Evadé en février 1937 (d'après lui). Réinterné semble-t-il, actuellement, en raison de cette évasion. Comportement normal dans le service. La sortie pourrait être envisagée sous réserve de garanties de surveillance et de connaissance des faits de 1933 » (Dr Beaussart).

— Certificat de situation à la demande du Préfet de Police : « A été interné quatre fois avant le placement actuel... Du comportement clinique il résulte qu'il s'est agi, à chaque fois, de bouffées délirantes alcooliques transitoires. En particulier à l'internement de 1927, à Villejuif, le dossier ancien relate qu'à l'arrivée, soit 2 jours après l'internement, les phénomènes morbides étaient déjà disparus. Lors du placement dans le Nord, la mesure avait été prise à la suite d'une expertise médico-légale pratiquée à la Maison d'arrêt ; expertise concluant à un délire chronique, qui ne s'est point confirmé. L'intéressé évadé d'Armentières le 19 février 1938 — dit le dossier, alors que T... prétend que c'est en février 1937 — a rejoint la banlieue parisienne où il était accoutumé de travailler. Il est resté sans faire parler de lui, jusqu'en novembre 1940, date à laquelle il a été amené à l'Infirmierie Spéciale probablement pour que soit réglée sa situation administrative. Il a été alors interné aux fins de désintoxication comme présentant des signes physiques d'imprégnation alcoolique, mais pas d'extériorisation de délire. Il s'est toujours normalement comporté dans le service, son sevrage est amplement résolu ; il ne présente aucun phénomène psychopathique. Il est en état d'être remis à la personne qui le réclame, avec l'intention de l'héberger et de lui trouver du travail (Dr Beaussart).

— Le 18 oct. 1941, examen du Médecin inspecteur (X. Abely). Avis défavorable à la sortie (Délire renaissant, depuis 1926, à chaque épisode alcoolique, ayant pour thème l'héritage dont il a été frustré).

— Sortie refusée par la Préfecture de Police avec indication au malade de se pourvoir éventuellement devant le Tribunal (art. 29).

— Le 3 nov. la P. de P. répond dans le même sens à une demande de libération émanant d'un ami de l'interné.

— Le 15 nov., l'intéressé s'étant mis en instance (art. 29), le Parquet demande, par l'intermédiaire de la P. de P., un certificat de situation.

— Certificat du 7 janvier 1942, favorable à la libération. Dr Montassut. L'affaire est toujours en instance.

\*  
\*\*

## 2. — LES ANORMAUX ANTISOCIAUX

Il s'agit de ces malades qu'on a appelés de mille noms : fous

moraux, fous lucides, pervers instinctifs, anormaux constitutionnels, déséquilibrés, inadaptables sociaux, arriérés sociaux..., et qui se caractérisent par la conservation à peu près intacte de leur intelligence, et par une perte plus ou moins grande du sens moral, de « l'instinct de bonté ». Ce sont des sujets lucides, non délirants, souvent intelligents, où se rencontrent tous les intermédiaires entre, le déséquilibré constitutionnel avec simple dystrophie du sens moral, l'indifférent moral, et le pervers instinctif où l'amoralité se double de l'amour du mal, de la volonté et du plaisir de nuire. Si un délire vient se surajouter à leur constitution originelle il est, nous l'avons vu, pour ainsi dire toujours le fait d'une intoxication, généralement alcoolique. Presque tous les déséquilibrés s'alcoolisent et leur aspect social, loin d'en être altéré, s'en trouve au contraire le plus souvent aggravé.

Ce sont tous des sujets foncièrement antisociaux, soit par leur volonté nocive, soit par leur absence de sens moral qui les laisse livrés à leurs instincts, prêts à succomber à toutes les tentations, et sans « frein » pour les réprimer. Guettés par la prison ou par l'asile ils ne manquent pas d'y venir un jour, d'en ressortir pareils à eux-mêmes, inamendés, inamendables, prêts à la récidive qui les reconduit de l'un à l'autre sans que, dans l'état actuel de la législation, aucune solution définitive puisse être prise à leur sujet. Libres ils sont essentiellement nuisibles, aussi l'idéal à atteindre est-il de les empêcher de nuire par la privation de cette liberté. Outre que la prison n'est pas indiquée pour ces sujets qui sont des anormaux, des malades (« par carence » du sens moral, pourrait-on dire), elle est inopérante, car ils sont inintimidables par la répression pénale. « Sans doute, disent Dide et Guiraud, la prison n'amende pas le criminel vrai, mais elle le fait réfléchir, surtout quand il devient relégable. L'antisocial au contraire, quelques jours ou quelques mois après sa sortie de prison, pourra commettre un meurtre dans un accès de colère ou d'impulsion sexuelle ». Aussi, en l'absence d'établissements spéciaux, où, leur maintien assuré, une tentative de redressement pourrait être tentée, a-t-on pu penser que ces sujets ne devaient pas être empri-

sonnés, mais internés dans un asile. Si leur internement peut être, aux yeux de certains, théoriquement justifié, il n'en présente pas moins, réalisé dans les conditions actuelles, de sérieux inconvénients et de grandes difficultés. Les asiles qui ont de plus en plus tendance à devenir des établissements ouverts à caractère nettement hospitalier — des hôpitaux psychiatriques — ne sont pas faits, et ne sont pas organisés, pour recevoir de pareils sujets, qui, souvent, sèment le trouble dans les services, briment les malades, fomentent complots et évasions, et doivent être étroitement surveillés. S'ils sont calmes et de bonne conduite, l'hôpital psychiatrique ne peut, à la fois, assurer la stricte surveillance nécessaire, et fournir cependant à ces sujets lucides, voués à une longue séquestration, des conditions de vie qui ne soient pas inhumaines. L'organisation actuelle de ces établissements ne permet en effet d'envisager pour ces malades que deux modalités de maintien : soit le placement dans un quartier fermé où ils sont effectivement surveillés mais soumis à la promiscuité perpétuelle de grands malades mentaux et laissés à une inactivité quasi-totale, soit le placement dans un quartier de travailleurs, où les possibilités d'évasion sont alors bien grandes. La loi, enfin, ne permet pas de procéder à leur maintien prolongé à l'asile.

Le problème de la sortie de ces sujets n'est en fait que le corollaire de celui de leur internement. L'absence d'établissements spéciaux pour déséquilibrés et pervers (Henri Colin et Hoerdt exceptés) et de dispositions législatives précises quant à leurs conditions d'entrée et de sortie, ajoutent aux difficultés d'expertise que présentent ces malades pour lesquels ne peuvent être envisagées que deux solutions, ne répondant ni l'une ni l'autre aux nécessités de leur état, à savoir : la prison ou l'asile d'aliénés. La décision à prendre à l'égard de ces malades devrait d'autant plus relever d'une doctrine médico-légale unique que les difficultés de son application sont plus grandes. Or il n'en est rien, et non seulement l'accord n'est pas fait sur ce qu'il est convenu d'appeler le déséquilibre mental et la perversion instinctive, mais encore aucune doctrine ne vient dicter la conduite à tenir à l'égard des anormaux

antisociaux et dire s'ils doivent être laissés à la Justice ou internés. Chaque expert décide de l'emprisonnement ou de l'internement suivant ses convictions personnelles, et comme souvent ce n'est pas lui qui est chargé de statuer sur la sortie du sujet qu'il aura pu faire interner, on conçoit que le problème de la libération soit difficilement résoluble, et en fait mal résolu.

Le médecin d'asile se trouve donc hériter d'une situation de fait, qu'il n'aura parfois pas contribué à créer : la présence dans son service, de sujets lucides, non aliénés, mais dont les tendances antisociales latentes, constitutionnelles, permanentes, feront à n'en pas douter des récidivistes, des récidivistes inamendables. La nature démontrée de ces sujets ne devrait laisser subsister aucun doute quant à la seule mesure capable, dans l'état actuel des choses, de protéger définitivement la Société : l'internement prolongé, sinon à vie. Mais en pratique le médecin qui se trouve en présence d'individus, qu'expert il n'aurait parfois pas fait interner, et qui sont, soit un élément de trouble et de danger dans un service organisé pour le soin de malades mentaux et non pour la détention de sujets lucides malfaisants et pervers, soit au contraire des sujets calmes et dociles dont il ne peut envisager d'adoucir la séquestration, le médecin, donc, est trop souvent tenté d'accorder, sans transgresser la loi, la libération de ces internés qui ne sont pas à leur place à l'asile. Aussi ne faut-il pas s'étonner que devant des demandes de sortie, la conduite des médecins aliénistes soit éminemment variable, non seulement suivant le malade mais encore suivant le médecin.

Notons d'abord que les demandes de libération sont précoces, nombreuses, réitérées. Combien de fois entend-on ces malades dire : « comme j'aurais préféré être condamné, mon temps serait déjà terminé » ! Ils présentent souvent une processivité incessante et épuisent tour à tour, sans se lasser, toutes les possibilités que la loi leur donne d'obtenir leur sortie. Ils provoquent des interventions, des campagnes de presse, des contre-expertises où se manifestent parfois des opinions contraires à celles du médecin traitant, qui ne manque pas, en l'occurrence, de se trouver ravi

de l'aubaine qui lui est donnée d'être débarrassé d'un sujet qu'il ne maintenait certes pas pour son plaisir.

Certains médecins considérant que de tels malades n'ont que faire à l'asile et n'auraient jamais dû y être internés, ne tardent pas, pour les délinquants du moins, à leur accorder la sortie au bout d'un temps plus ou moins court, ce qui résout bien le problème des modalités de leur maintien à l'asile mais guère celui de la défense de la Société ! D'autres, plus pragmatiques, agissent comme à l'endroit de tous ces sujets lucides et calmes à l'asile, mais qui peuvent au dehors récidiver dans leurs actes antisociaux, c'est-à-dire en basant une première fois leur décision sur la gravité de l'acte commis d'une part, sur le passé et l'avenir médico-social du malade, de l'autre. Mais ils savent bien à quels récidivistes ils ont affaire et n'accordent la sortie qu'à certains déséquilibrés partiellement amendables ou à quelques petits délinquants dont ils savent que la Société n'aura pas trop à souffrir en cas de récidive. En fait ce sont des cas d'espèce, et d'appréciation particulière à chaque médecin. De tels malades sont, on n'en doute pas, accueillis sans faveur par les médecins d'asile qui, ni guidés, ni couverts, ni aidés, par la loi, se voient rapidement poser le problème insoluble de leur libération. Est-il besoin de dire avec quelle satisfaction ils voient ces sujets obtenir leur transfèrement dans un autre asile ?

Voici deux observations qui montrent bien la complexité du problème de l'internement et de la sortie des anormaux antisociaux :

**OBSERVATION n° 18.**

— J..., né en 1909, ferait partie d'une famille de 15 enfants et aurait été placé à l'Assistance Publique du Cher en 1920. En raison de ses multiples fugues des fermes où il était placé, l'administration le plaça de 1922 à 1925 à la colonie agricole de Mettray.

— Poursuivi en 1927 pour vol et abus de confiance, le Tribunal le confia à la colonie pénitentiaire de St-Maurice, d'où il s'évada. Transféré à la colonie de Belle-Isle, il fut envoyé ensuite par mesure disciplinaire à la colonie d'Eysses d'où il serait sorti par évasion.

— Il fut jusqu'en 1932, sept fois condamné, le plus souvent pour vols et escroqueries. Les deux dernières condamnations furent prononcées en

Suisse où il s'était réfugié pour échapper à son ordre d'appel militaire. Après condamnation il fut placé dans un établissement spécial, puis expulsé à vie et transféré en France à l'asile du Jura, le 8 juin 1933. Peu de temps après son arrivée il fomenta une révolte et s'évada avec 4 complices après avoir attaqué les infirmiers. Reintégré trois jours après, il fut, en raison de cette agression, transféré le 18 août à l'asile de sûreté de Hoerd, d'où il fut transféré le 24 février 1938 au service de sûreté de l'Asile de Villejuif en raison de l'influence qu'il avait réussi à prendre sur ses camarades.

— A Villejuif il fut l'objet du certificat suivant :

« Delinquance récidivante ; ne relève pas de l'aliénation mentale ».  
5 juin 1939, (Dr Brousseau).

En conséquence, ayant été réformé sur pièces en 1933 pendant son internement, il fut déclaré apte au service armé par la Commission de Reforme de la Seine en 1939 : « interné à Villejuif, ne présente aucun trouble mental, simulateur ayant avoué toute ses simulations ».

Mis en substance dans un régiment à Melun avant de rejoindre son affectation tunisienne, il profita d'une permission de 48 heures pour ne pas rejoindre. Il recueillit alors la dernière en date de ses condamnations à Bourges le 29 juin 1939, pour vol. Ayant enfin été incorporé en Tunisie, il fut mis en observation en décembre 1939 au centre psychiatrique de la Manouba et réformé le 16 décembre 1939 avec le diagnostic : « pervers instinctif type Dupré, inamendable, inadapté, instable, mafieux, antisocial, tendance à la paranoïa, individu dangereux, interné dans les asiles de force de Hoerd et de Villejuif, à réintégrer d'urgence dans un établissement similaire ou strictement pénitentiaire » (Dr Maréchal).

— Libéré à Tunis le 20 décembre 1939, J... revint en France et avait déjà commis plusieurs cambriolages quand il fut arrêté, moins de trois semaines après son retour à la vie civile, et inculpé le 10 janvier 1940 de vols, menaces de violences, voies de fait.

— Le rapport d'expertise du Dr Léculier en date du 19 février 1940 conclut : « J... n'est pas un aliéné, c'est un sujet intelligent, sans tare intellectuelle et sans aucun signe de psychose. Mais c'est un délinquant d'habitude avec perversions instinctives, tendances au vol et au mensonge, instabilité, et il apparaît à la lumière du dossier comme un antisocial inamendable.

« L'inculpé ne peut être considéré comme ayant été en état de démence au moment des actes qui lui sont reprochés. Un sujet pervers sans trouble de l'ordre intellectuel est responsable de ses actes. Il y a lieu de remarquer que s'il a été interné en France, cela a été dans les deux asiles de sûreté de Hoerd et de Villejuif et qu'il est sorti de ce dernier avec un certificat déclarant qu'il ne relevait pas de l'aliénation mentale. Il ne s'est du reste trouvé engagé dans les asiles qu'en raison de son rapatriement de Suisse où il avait été, après condamnation, placé dans un établissement spécial.

« Responsable de ses actes il relève de la Justice. Soucieux d'éclairer autant que je le puis le Tribunal sur l'état de l'inculpé, je dois ajouter qu'il s'agit d'un sujet extrêmement dangereux du fait de son intelligence réelle mise au service de son caractère antisocial. La vraie place d'un tel sujet serait dans un établissement de défense sociale comme il en existe

en Belgique, où il serait maintenu aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour protéger la Société ».

— J... fut condamné à 1 an de prison et à la relégation, jugement confirmé en appel.

Ainsi, après avoir été tour à tour condamné de multiples fois, puis interné pendant six années, ce sujet insociable et inamenable a été considéré comme non aliéné et s'est vu accorder sa libération. En l'absence de toute organisation de « Défense Sociale » en France, il a pu cependant être écarté définitivement de la Société, mais par la solution purement pénale de la relégation. Outre que le caractère pénitentiaire de cette mesure empêche de l'envisager pour de très nombreux cas, la possibilité même d'y recourir, lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée pour un motif médical, est peu fréquente, de tels sujets ayant souvent échappé par un ou plusieurs non lieu, après expertises antérieures, aux condamnations nécessaires pour que la relégation puisse être applicable.

**OBSERVATION n° 19.** due à l'obligeance de M. le Dr Prince.

— D..., né en 1900. Sclolarité défectueuse — engagement aux colonies — courte vie conjugale se terminant par une instance en divorce.

— Condamnation à six mois de prison pour escroquerie à Evreux le 5 déc. 1931, après une expertise médico-légale du Dr Bessièrre concluant à la *responsabilité*.

— Poursuivi pour filouterie d'aliments aux Sables-d'Olonne, il passe en jugement après conclusions de *responsabilité* de l'expert commis, et est acquitté.

— Poursuivi pour escroqueries aux Sables-d'Olonne, il est déclaré *irresponsable* par le Dr Cullerre le 4 avr. 1932 : « débile mental soumis à des crises d'excitation et de dépression pendant lesquelles il ne jouit plus entièrement de sa liberté morale et se livre à des actes dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes ». Interné à la Roche-sur-Yon le 4 juil. 1932.

— Transféré à Evreux (domicile de secours dans l'Eure) le 19 oct. 1932. Plusieurs demandes de sortie rejetées par le Préfet après avis du médecin traitant. A la suite d'un recours au Tribunal suivant l'art. 29, un expert est commis (Dr Gassiot) le 19 déc. 1933, qui conclut à la nécessité du maintien.

— Evadé le 28 août 1934, réintégré le 31 août.

— Nombreux certificats de situation à la demande du Préfet et du Procureur concluant au maintien.

Sorti en congé le 9 sept. 1936 et définitivement le 30 oct.

— Poursuivi pour vols, escroqueries et abus de confiance à Evreux. Expertise du Dr Got le 29 nov. 1937 : « Déséquilibre psychique avec perversion instinctive sur fonds de débilité mentale légère, appoint d'alcoolisme chronique. Inintimidable par la prison et l'internement. Sujet antisocial au premier chef. Condamné, il récidivera dès sa libération ; interné, il sera un fléau d'asile, lucide et réclamateur, poussant les autres malades à l'insubordination et à la révolte... C'est pour de tels sujets que l'on a créé des asiles de sûreté ».

Déclaré *irresponsable* il est interné à Evreux le 8 déc. 1937. L'asile de Hoerdt refusera peu après de le recevoir (motif d'encombrement).

— Evadé le 16 oct. 1939, arrêté à la suite d'un nouveau délit, et réintégré de la Maison d'Arrêt de cette ville à l'asile d'Evreux le 17 janvier 1940.

— Evadé le 25 août 1941. Réintégré le 22 déc. 1941. Pendant l'évasion a commis 10 délits ayant entraîné une condamnation à la prison, qui aurait été purgée en Vendée (le malade avoue avoir dissimulé ses internements antérieurs car, dit-il, « une condamnation, on sait au moins quand ça doit se terminer »).

— Certificat de situation, le 7 fév. 1942 à la demande du Procureur de l'Etat Français : « Déséquilibre psychique avec instabilité, perversion des instincts, sens moral inexistant, impulsivité, délinquance à répétition. Deuxième internement. Il s'est évadé plusieurs fois et recommence ses délits dès qu'il est libre. A maintenir » (Dr Prince).

Cette observation d'un déséquilibré délinquant récidiviste souligne bien les différences de doctrine qui entraînent les experts à considérer tour à tour comme responsable et irresponsable le même individu à l'occasion de délits semblables.

\*  
\*\*

### III. — L'étude des conditions sociales de la sortie

L'étude du dossier a éclairci le passé du sujet interné, l'examen psychiatrique a précisé son individualité psychique et caractéristique : le problème de la guérison peut recevoir une solution précise. Mais, écrit P. Léculier, « il reste une question plus importante à résoudre, en l'espèce, celle du danger social éventuel. La connaissance du malade n'y suffit pas ; il est de plus indispensable, pour faire une appréciation exacte de sa nocivité, qui se confond souvent avec le risque de rechute, de savoir quelles seront ses condi-

tions de vie après libération. C'est qu'en effet, celles-ci seront, le plus souvent, différentes du régime régulier, sobre et calme, dont le malade bénéficiait à l'asile et il faut essayer de prévoir si l'amélioration obtenue dans ces conditions favorables, se maintiendra dans les circonstances nouvelles et plus dangereuses de la vie libre ».

Cette dernière étape dans l'étude des conditions de la libération, est celle où se présentent actuellement le plus de difficultés. Celles-ci relèvent en effet de l'absence habituelle de renseignements précis quant à la possibilité de reclassement familial et social, et à l'inexistence de contrôle médical et de mesures de surveillance après la sortie. Si la famille a parfois visité le médecin lors de ses venues à l'asile, le milieu familial réel dans lequel se retrouvera l'aliéné n'en reste pas moins inconnu. On a vu, dans certaines de nos observations de malades internés dans la Seine, la police procéder à une enquête sur les conditions de vie familiale qui seraient offertes au libéré. Ce louable effort de la Préfecture de Police, n'en est pas moins exceptionnel, et de telles enquêtes, tant par leur caractère « policier » que par l'absence d'un personnel compétent pour les effectuer, sont difficiles à généraliser et à conseiller. En fait, le médecin, n'accordant par expérience qu'une confiance limitée aux promesses de l'entourage, ignore le plus souvent si le milieu est plus ou moins favorable à la consolidation de la guérison, ou s'il est nettement néfaste par son exemple. Il ne peut pas davantage s'assurer de la possibilité, pour le libéré, d'une occupation régulière. La reprise du travail est une condition indispensable à la libération, et, devant l'absence de famille ou sa carence à procurer au malade un emploi défini et adapté à ses disponibilités, le médecin se trouve, parfois pour cette seule raison, empêché d'accorder la sortie à un sujet qu'aucun centre d'accueil et de reclassement n'hébergerait une fois rendu à la vie commune. Agir en sens contraire serait multiplier les chances de récidive. La connaissance du sujet et du milieu où il serait appelé à vivre, permettrait enfin d'accorder parfois la libération sous certaines conditions (comme nous en avons vu précédem-

ment prescrire à certains de nos malades qui ne les observèrent d'ailleurs pas toujours), si des mesures de surveillance légales et efficaces étaient prévues à cet effet. En leur absence, nous avons vu, au cours de nos observations, le médecin, soit garder internés certains malades pour lesquels une sortie conditionnelle aurait pu être tentée, soit risquer une libération, devant les suites de laquelle il restait totalement désarmé.

#### DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES AUX ALIÉNÉS CRIMINELS

Il est enfin parfois des difficultés de libération relevant de la *situation même « d'aliéné criminel »*, le crime, transformant la situation antérieure du malade par l'hostilité ou la crainte de son entourage familial qui se refuse à le reprendre. En voici un exemple :

##### OBSERVATION n° 20.

— Mme S..., née en 1892, quitte Paris, en automobile, le 15 juin 1940, avec son mari, son fils, son beau-frère, sa sœur, et sa nièce. Au début de l'après-midi du 17, au cours d'une halte aux environs de Gien, les deux hommes s'étant éloignés, Mme S... fit coucher, pour la sieste, sa sœur, son fils et sa nièce ; pendant leur sommeil elle leur ouvre la gorge avec un rasoir, tuant sa nièce, blessant son fils et sa sœur. Puis elle essaye de se trancher la gorge avec le même instrument. Elle s'enfuit. Retrouvée errante, elle est conduite à l'Hôpital de Montargis après une nouvelle tentative de suicide (noyade).

— Non lieu après expertise (Dr Daumezon) : « ...Etat dépressif réactionnel de nature névrotique, évoluant sur un terrain de débilité mentale légère avec antécédents familiaux psychopathiques. Persistance du déséquilibre émotionnel avec danger de nouvelles réactions dépressives ».

— Le 25 novembre, placement d'office à l'Asile de Fleury en raison des circonstances.

— Le 7 décembre, lettre du Dr Daumezon au mari de l'internée : « Mme S... se trouve calme et, à condition que vous puissiez vous occuper d'elle, il semble qu'on pourrait, sans difficulté, envisager sa mise en liberté ».

— Le 14 décembre, réponse du mari : « ...Etant donné les faits qui ont motivé son internement et, de plus, connaissant bien le caractère de ma femme, je refuse absolument de la reprendre, attendu qu'elle pourrait très bien continuer ses opérations de juin sur les miens ou sur toute autre personne fréquentant ma maison. Je demande à la Société son internement, attendu que ma femme a été recueillie errante dans la plaine, battant la folie. De plus, que dirait-on de mon imprudence si j'avais la faiblesse de la reprendre et que le même drame recommence, ce que je

crois possible car cela tient de famille. Enfin, mes moyens ne me permettent pas de la soigner directement, étant absent toute la journée, et ayant déjà sur les bras mon fils faible d'esprit, paralysé du bras, dont la voûte palatine est perforée, le tout, triste héritage de sa mère... ».

— Le 15 décembre, lettre du médecin directeur à Monsieur S... : « ...Lorsque la guérison complète de Mme S... sera obtenue, je me verrai dans l'obligation de la mettre en liberté, quelque opinion que vous puissiez avoir sur son état. Il serait donc préférable que vous ayez à son égard une attitude moins répréhensive ».

— Le 23 décembre M. S... adresse au Préfet du Loiret une demande « d'internement définitif » (1), à l'endroit de son épouse, dans une lettre rédigée dans des termes semblables à ceux de la lettre du 14 décembre, adressée au médecin directeur. Il y est signalé en plus « la conduite scandaleuse de Mme S... qui recevait chez elle des amants ».

— Le 24 avril 1941, lettre du médecin directeur à M. S... : « L'état de votre malade étant satisfaisant depuis déjà assez longtemps, je me propose d'adresser à M. le Préfet, dans les jours prochains, une demande de sortie. Dans ces conditions il est probable que Mme S... regagnera Paris d'ici peu de temps. Je vous serais obligé de m'indiquer quand et comment vous comptez pouvoir venir la chercher ».

— Le 27 avril, réponse de M. S... : « ...J'ai peine à croire à la proposition que vous me faites de reprendre ma femme, après avoir coupé le cou à trois membres de ma famille. Que faudrait-il donc aujourd'hui pour être considéré comme fou dangereux : couper le cou à tout un régiment ? Gouverner c'est prévoir, faites-en autant. Je refuse absolument de reprendre chez moi une folle dangereuse : qui a bu boira. C'est ma décision définitive ».

— Lettre sensiblement identique expédiée, le même jour, au Préfet.

— Le 2 mai, lettre adressée par le beau-frère de la malade à cette dernière (lettre non communiquée) : « ...Vous avez lâchement assassiné ma fille, tenté de tuer votre sœur et votre fils, mais ces deux-là vous les avez ratés, et je sais qu'aujourd'hui vous intriguez pour pouvoir revenir achever votre sale travail, peut-être par le feu, le gaz ou le poison. Si vous sortez, sachez que votre mari vous jettera dehors comme une ordure et que toutes les portes de la famille vous sont à jamais fermées. Vous seriez alors obligée de crever comme un chien dans la rue ou de commettre un nouveau crime pour vous faire arrêter de nouveau... ».

— Le 8 mai, le médecin directeur renouvelle sa demande auprès du mari, lui rappelant ses obligations maritales. Une lettre est également adressée par ses soins à une amie de la malade qui serait susceptible, aux dires de celle-ci, de l'assister lors de sa sortie.

— L'amie répond qu'elle est dans l'impossibilité de s'occuper de Mme S...

— Le 12 mai M. S... répond à la lettre du 8, refusant catégoriquement de reprendre sa femme. Il avertit de même le Préfet de son irrévocable décision.

— Le 15 mai, Mme S... écrit à un de ses cousins, qui après hésitations et correspondance avec le médecin chef, se décide à s'occuper de la malade, et le 25 août demande sa sortie.

— Certificat de situation, aux fins de sortie en congé le 27 août : « A présenté en juin 1940 un syndrome émotionnel amnésique, avec meurtre, tentative de meurtre et de suicide. Comportement calme, lucidité et travail régulier depuis le placement. Proposition de congé d'un mois, Mme S... pouvant être confiée à son cousin (son mari refusant de la recevoir) ». (Dr Léculier).

— Sortie à titre définitif le 28 octobre 1941. Mme S... aidée par ses cousins a trouvé du travail dans un collège où elle gagne sa vie. Etat mental et comportement normaux.

L'acte criminel peut encore parfois susciter l'hostilité, non pas seulement de l'entourage immédiat du malade, mais aussi de toute la communauté dans laquelle il est appelé à vivre. Les conditions de la sortie présentent alors les mêmes difficultés.

**OBSERVATION n° 21**, due à l'obligeance de M. le Docteur Got.

— Mme F..., née en 1901 est inculpée d'homicide volontaire sur la personne de son concubin, le 1<sup>er</sup> janv. 1934. Internée, après non lieu, pour irresponsabilité. Expertise du Dr Bessière : « Ivresse confusionnelle pathologique. Crime irraisonné, injustifié, contraire à tous les intérêts de l'inculpée ».

— Alcoolique invétérée, ayant présenté cinq accès sub-aigus qui motivèrent trois hospitalisations et deux internements antérieurs.

— Toujours internée en avril 1942, Mme F... est calme, lucide, bonne travailleuse, et sa sortie pourrait être envisagée, n'était l'*hostilité marquée à son égard dans son village, en particulier par la famille de la victime.*

*Les psychoses pénitentiaires.*

La libération de sujets internés en cours de prévention ou de détention à la suite de troubles mentaux, et qui, guéris, doivent être réintégrés en prison, risque de provoquer chez certains le retour de la psychose. La conduite du médecin peut-être, en cette occurrence, délicate à déterminer.

On peut parmi les psychoses pénitentiaires distinguer :

— celles survenant chez des condamnés en cours de peine. D'après Winter la sortie de l'asile coïnciderait assez souvent avec l'expiration de la peine ; la libération de ces sujets ne présenterait donc, habituellement, pas de difficultés de cet ordre.

— celles survenant avant condamnation. Ce sont les psychoses d'incarcération, dont deux types, parmi ceux distingués par

Heuyer et Fouquet, — les psychoses carcérales à forme mélancolique guérissent habituellement dans les premières semaines, et les psychoses carcérales à forme de confusion mentale guérissant le plus souvent après quelques mois — nécessitent, en cas de guérison, la réintégration à la Maison d'Arrêt en vue de la comparution devant la juridiction compétente, et posent parfois un problème délicat.

Voici par exemple un sujet F..., (expertisé par le Dr Daumézon), né en 1896 qui, à 21 ans, a présenté une psychose carcérale de forme hystérique pendant un an. Vie sensiblement normale par la suite. A 41 ans deuxième psychose carcérale analogue à la première. Même mode de début : inculpation mal fondée, début en prison. Mêmes symptômes principaux. Ces deux états crépusculaires affectifs, réactifs, sont survenus sur un terrain particulier, où les troubles du caractère sont manifestes. Guéri, et devant être réintégré en prison, ne peut-on craindre pour ce sujet une rechute qui compromettrait peut-être définitivement sa guérison ?

\*  
\* \*

Ainsi, en province tout au moins, le médecin d'asile se trouve en général très mal connaître le passé médico-social de l'interné judiciaire, dont le dossier est à l'accoutumée fort incomplet.

Comme l'a montré Olivier dans sa thèse, et comme nous avons pu le constater au cours des années que nous avons passées dans les asiles, la plupart des aliénés délinquants ou criminels sont des malades semblables aux autres dont le maintien et la libération ne présentent habituellement pas de difficultés particulières. En pratique seuls les alcooliques et les anormaux antisociaux, que leur lucidité habituelle interdit de maintenir internés malgré leur nocivité démontrée, posent un problème qu'il est impossible de résoudre dans l'état actuel de la législation.

L'absence de dispositions particulières à leur libération fait que leur retour dans la Société s'effectue sans qu'aucune des multiples mesures de surveillance et d'assistance qu'il serait indispensable d'instituer puisse être prise à leur endroit.

## CHAPITRE III

### REFORME DU MODE DE SORTIE DES ALIENES CRIMINELS PAR MODIFICATION DU PRINCIPE DE LEUR INTERNEMENT OU PAR AMELIORATION DES MODALITES DE LEUR SORTIE

Avant d'entreprendre l'exposé des mesures qui nous paraissent propres à apporter une solution satisfaisante au problème de la libération des aliénés délinquants ou criminels, il est nécessaire de rappeler les différentes propositions qui ont été faites à ce sujet.

#### **I. — Rappel des récents projets de réforme ayant trait à la libération des délinquants ou criminels internés**

Depuis 1872 les Sociétés savantes, les Congrès, les Commissions parlementaires, ont consacré de nombreux travaux à l'étude des mesures propres à assurer la protection de la Société au moment de la libération des aliénés criminels. La plupart des travaux antérieurs à 1904 sont exposés dans plusieurs thèses de droit et dans le magistral rapport de Keraval au Congrès de Pau de 1904. Aussi ne nous attacherons-nous ici qu'à rappeler les conclusions des plus importantes études qui ont paru sur cette question au cours de vingt dernières années, aucun travail d'importance n'ayant été présenté entre 1904 et 1922.

Rappelons tout d'abord les conclusions du rapport KERAVAL :  
— transfert du pouvoir de décision à l'autorité judiciaire — généralisation de l'art. 29 à tous les cas de sortie d'aliénés criminels — garanties particulières devant entourer cette dernière : essai en colonie familiale, surveillance d'une Société de patronage.

En 1922 le Président H. MICHEL présenta un projet de loi devant la Société de Médecine Légale. Il y préconise l'assimilation devant la loi de l'aliéné majeur au mineur ayant agi sans discernement, et l'obligation à la juridiction pénale, ou à la Chambre du Conseil en cas de non lieu, de soumettre l'aliéné criminel à l'une des trois mesures suivantes : internement dans un quartier spécial, remise à une société charitable spécialement organisée et contrôlée par le Parquet, remise à une personne en prenant la charge et civilement responsable. La décision de libération serait attribuée à la Chambre du Conseil qui statuerait après avis de trois médecins experts ayant constaté, non seulement la guérison, mais encore la présence de garanties suffisantes de non récidive. Cette situation pourrait être rendue moins rigoureuse par l'application des mesures de surveillance précitées.

Le projet de loi de M. STRAUSS portant modification de la loi de 1838, déposé au Sénat en 1924, renvoyé à la commission en 1932, adopte le principe de l'internement par la juridiction pénale et préconise la création d'asiles ou de quartiers de sûreté où seraient maintenus les aliénés criminels. Le droit de libération serait cependant conservé à la Chambre du Conseil qui déciderait après avis du médecin chef devant dire si le malade est ou non guéri, et si, en cas de guérison, une rechute est plus ou moins probable. La sortie serait « toujours conditionnelle et révocable et soumise à des mesures de surveillance réglées par le Tribunal pour chaque cas particulier ». Sur la demande du médecin traitant ou par une nouvelle décision du Tribunal, le malade pourrait être réintégré « si les mesures de surveillance ne sont pas observées ou s'il se produit une menace de rechute ». Le transfert dans un asile ordinaire pourrait être ordonné après avis du médecin.

L'Association amicale des Médecins des Asiles a approuvé en

1932 les conclusions de J. LAUZIER relatives au rapport Strauss. L'internement des aliénés criminels serait confié à l'Autorité Judiciaire, mais la seule juridiction civile prendrait la décision de placer le malade à l'asile ou au quartier de sûreté. La proposition ou la demande de sortie serait examinée par une commission médico-judiciaire créée à raison d'une par ressort de Cour d'Appel, et composée : du Premier Président de la Cour, du Procureur Général, d'un délégué de l'administration préfectorale, d'un membre du barreau, de trois médecins du cadre des Asiles dont un ayant son service à l'asile de sûreté du ressort. (Amendement de X. Abely considérant comme inutile la participation d'un membre du barreau). Entre autres fonctions, cette commission aurait à statuer sur les demandes de sortie. Appel des décisions de ces commissions régionales pourrait être fait devant le Conseil Supérieur des aliénés (à créer). La sortie serait toujours conditionnelle et révocable et soumise à des mesures de surveillance exercées par l'autorité administrative.

Dans sa communication à l'Académie de médecine en 1932 et son rapport au Congrès de Médecine Légale de Paris en 1933 sur « les aliénés en liberté », H. CLAUDE estime que la sortie d'un aliéné criminel ne devrait jamais avoir lieu sans expertise préalable, ou mieux, sans l'avis d'une commission médico-judiciaire composée : d'un membre du Parquet, d'un représentant de l'autorité préfectorale, et de trois médecins psychiatres. « La surveillance des aliénés à la sortie de l'asile serait exercée par le personnel compétent des services sociaux qui renseignerait les centres de prophylaxie et veillerait à la bonne adaptation des personnes aux conditions de la vie sociale. Il en serait de même en ce qui concerne les sujets bénéficiant d'une sortie à titre d'essai ou provisoire ».

Le projet HAMEL de réforme de la loi de 1838, publié en 1938 (Hamel et Lauzier : Hamel, Lalouel et Pierron) propose le placement, par la juridiction civile, des aliénés criminels en asile de sûreté. La durée de cet internement serait fixée par le Tribunal en raison de l'état mental du délinquant et du danger social qu'il

présente, et non, comme dans la loi belge de défense sociale, suivant la gravité du délit. Une commission médico-judiciaire comprenant : un magistrat, un avocat, un médecin psychiatre et le médecin de l'établissement, statuerait sur les demandes de sortie, et sur l'opportunité ou les conditions de celle-ci à l'expiration du délai de placement fixé par le Tribunal. Cette commission ordonnerait soit la sortie définitive, soit le maintien dans un asile de sûreté, soit le placement dans un asile ordinaire, soit la sortie à titre d'essai avec surveillance du service social. La surveillance, au moins pour un temps, serait obligatoire et exercée par un médecin, librement désigné par la personne qui aurait la garde et la responsabilité du malade, qui devrait examiner celui-ci tous les quinze jours et rédiger un certificat qui serait transmis par le Préfet au médecin de l'asile. Une responsabilité civile solidaire, de la commune de résidence et de la famille du malade criminel, pourrait être instituée.

Dans son mémoire de 1939 sur « la législation des aliénés délinquants et criminels » X. ABELY estime que la décision de placement et de sortie devrait être confiée à la Juridiction civile éclairée par une commission médico-judiciaire composée : d'un magistrat-président, d'un délégué du Procureur, du médecin du service de sûreté départemental, de deux experts psychiatres. Cette commission n'aurait qu'une fonction consultative, le Président du Tribunal gardant la prérogative de l'ordre de sortie. Après examen de l'aliéné par les trois médecins de la commission, une enquête administrative sur les conditions sociales et familiales que le malade pourrait trouver à sa sortie, serait demandée au Préfet. Jugeant la sortie possible, la commission aurait à indiquer les mesures de surveillance médicale (dispensaires psychiatriques) et administrative à exercer, ainsi que les mesures d'assistance nécessaires. Leur exécution serait confiée à l'autorité administrative qui utiliserait le concours des services sociaux des dispensaires psychiatriques et des œuvres privées. La sortie serait conditionnelle et révocable pendant le temps de la surveillance. La responsabilité civile des aliénés serait instituée. Si la demande de sortie était

rejetée, le malade, ou les siens, pourrait se pourvoir en recours devant le Tribunal civil d'un département voisin qui prendrait l'avis de sa propre commission médico-judiciaire avant de se prononcer.

\*  
\* \*

La plupart de ces projets de réforme préconisent donc des mesures basées sur le transfert du pouvoir de décision de l'autorité administrative à l'autorité judiciaire, et sur la création de commissions médico-judiciaires chargées de se prononcer sur la demande de libération. Ces dispositions resteraient insuffisantes, semble-t-il, pour résoudre un problème qui nous paraît tout d'abord résider dans le principe même de séquestration de ces malades, puis dans l'institution de conditions particulières à leur sortie. Aussi nous attacherons-nous davantage à l'exposition du projet de réforme du Code Pénal et de la proposition de loi Lisbonne Camboulives qui, orientés dans le sens de la défense sociale, permettraient d'envisager, par la modification du principe de leur internement, la prescription de conditions à leur libération. Mais ce ne serait que l'entière adoption du principe de Défense Sociale qui apporterait, à l'exemple de certaines législations étrangères, une solution complète au problème posé par certains aliénés délinquants ou criminels.

En effet, du chapitre clinique il ressort, à notre sens, deux notions précises :

— la plupart des aliénés délinquants ou criminels sont des malades comme les autres, dont la sortie peut s'effectuer sans procédure spéciale.

— certains d'entre eux cependant, surtout les alcooliques et les déséquilibrés antisociaux, posent un problème spécial, difficile à résoudre dans le cadre des lois actuelles, en raison de la double particularité qu'ils présentent d'être à la fois lucides entre leurs accès et très dangereux dès qu'ils ont recouvré leur liberté.

Sans troubles mentaux permanents, de tels sujets ne peuvent

être longtemps conservés à l'asile, s'ils y ont été placés, et le médecin propose la sortie bien que craignant la récidive. Le véritable progrès à souhaiter consisterait en un changement du principe de leur séquestration qui devrait être basée sur leur nocivité et non plus sur l'existence de troubles mentaux : c'est la notion de Défense Sociale.

\*  
\* \*

## II. — Le principe de défense sociale

La mesure de défense sociale substitue la notion de nocivité à celle de responsabilité. Elle ne se base donc plus « sur la gravité d'un acte passé, le délit, ni sur le degré d'une valeur fictive, la responsabilité du délinquant au moment de cet acte, mais bien sur la nature et la durée du danger social actuel qu'il représente ». Appliquée aux aliénés délinquants et criminels, cette mesure prescrit une séquestration fondée, non pas sur l'existence d'un état mental pathologique, mais sur la persistance de la nocivité. Cette conception implique, par nature, l'indétermination de la sentence, qui peut être éventuellement modifiée, et qui ne prend fin que lorsque le danger a disparu.

En France, le projet de loi portant refonte du Code Pénal et la proposition de loi Lisbonne Camboulives marquaient une nette tendance à orienter la répression dans le sens de la Défense Sociale, sans en accepter toutefois le principe dans son intégralité et sans prescrire certaines mesures qui paraissent essentielles.

C'est à la lumière de l'expérience de quelques pays étrangers qui ont adopté la mesure de Défense Sociale dans leur législation, que nous pourrions étudier les modalités de son application. Celle-ci peut être prévue à tous les délinquants et criminels aliénés ou anormaux, comme en Belgique, ou être restreinte à certaines catégories, comme en Hollande ou en Suède.

\*  
\* \*

LE PROJET DE LOI PORTANT REFONTE DU CODE PÉNAL fut déposé sur le bureau de la Chambre des Députés et renvoyé en date du 15 mai 1934 à la Commission de législation civile et criminelle. Chargée de préparer la révision de la législation criminelle selon certaines directives données par le Garde des Sceaux, la Commission, selon ses propres termes « s'est efforcée de mettre notre législation « en harmonie avec les données de la science pénitentiaire et les « nécessités d'une meilleure défense de la Société... La sanction « est établie en considération du coupable plus encore que de son « acte. Ce n'est pas, en effet, le crime qui constitue un danger, « mais aussi et surtout son auteur à cause des instincts anti- « sociaux qui survivent en lui. Cette idée admise comme une « vérité élémentaire, a amené les auteurs du projet à une individualisation des peines, beaucoup plus complète que celle du « Code Pénal, parce qu'elle ne porte pas uniquement sur l'éten- « due, mais en outre sur la nature et le mode de répression. Elle « est réalisée par l'établissement d'un ensemble de mesures de « sûreté qui permettent, en tenant compte du degré de respon- « sabilité morale de l'auteur de l'infraction, de prendre à son « égard, dans l'intérêt de la sécurité commune, les précautions « qu'exige son caractère dangereux (art. 68 à 100) ». Entre autres mesures, relatives aux délinquants d'habitude, aux libérés dangereux, aux mineurs, « des mesures de sûreté sont prévues à l'égard des délinquants d'origine morbide, déficients et anormaux, « que leur état rend particulièrement dangereux ». Sont prévues : « la création ou l'aménagement d'établissements pénitentiaires « spéciaux, d'asiles et de maisons de santé, l'institution de services médico-légaux et de Sociétés de patronage fortement organisées ».

Voici le texte des articles 72, 73 et 79 du projet relatif à l'internement dans une maison de santé par décision de justice :

Art. 72. — Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé.

Les conditions dans lesquelles seront prononcées cet internement et sa durée, seront déterminées par le Code d'instruction criminelle.

Art. 73. — Toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une infirmité mentale grave, qui a commis un crime ou délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée, à l'expiration de sa peine, dans une maison spéciale de santé pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique.

La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être remis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au Code d'instruction criminelle.

Art. 79. — Les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave qui auraient été placées par décision de justice dans une des maisons de santé prévues aux articles 72 et 73 du présent Code, seront indépendamment des visites faites par les magistrats, périodiquement visités par des médecins désignés par le juge auquel ils feront leur rapport.

...Ces rapports seront communiqués au ministère public et au défenseur.

L'article 72 viserait donc les aliénés délinquants reconnus irresponsables, et l'article 73 s'appliquerait aux individus alcooliques, toxicomanes ou aliénés à responsabilité atténuée.

Tout en reconnaissant le progrès important que marque ce projet dans l'esprit et la codification des mesures à prendre vis-à-vis des aliénés judiciaires, les Sociétés Savantes, qui le discutèrent, n'en formulèrent pas moins de nombreuses critiques quant à son manque de souplesse, sa timidité et son insuffisance, quant aussi à certaines des mesures qu'il prescrit, et à de nombreux termes de sa rédaction.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'exposé de ces critiques non plus que dans celui des propositions auxquelles elles ont abouti. Nous nous bornerons à noter brièvement les insuffisances reconnues de ce projet, en ce qui concerne les modalités de la libération :

— l'article 79 prévoit que les aliénés placés par décision de justice seront visités par des médecins désignés par le juge et que leurs rapports seront communiqués au Ministère public. Il est à présumer que les juges se baseront sur ces rapports pour décider du maintien ou de la sortie, mais ceci n'est point indiqué. Combien serait préférable l'institution d'une commission, — médicale, ou médico-judiciaire comme la Société Médico-Psychologique en a proposé la création — chargée de se prononcer sur l'opportunité et les conditions de la mise en liberté.

— l'article 85 n'envisage, lors de la libération, que le patronage des condamnés, en dehors de tout contrôle médical spécial.

Il n'est pas prévu de sortie à titre d'essai avec surveillance psychiatrique, non plus que de caractère conditionnel et révocable à la mise en liberté. L'institution de semblables mesures nous paraît, à l'exemple des expériences étrangères, fondamentale dans le mode de libération des délinquants anormaux.

La « PROPOSITION DE LOI FRANÇAISE DE PROTECTION SOCIALE RELATIVE AUX DÉLINQUANTS MENTALEMENT ANORMAUX » de MM. Lisbonne et Camboulives déposée au Sénat le 8 juin 1937, traite, en s'inspirant de la loi belge de Défense Sociale, des mesures à prendre envers les déséquilibrés et pervers antisociaux faisant l'objet jusqu'à ce jour soit d'une atténuation de responsabilité, soit d'un internement dans un asile ordinaire. Après expertise, l'autorité judiciaire prononcerait le placement de l'inculpé dans des établissements spéciaux dits « établissements de protection sociale », distincts des asiles, et fixerait la durée du maintien suivant la gravité du délit ou du crime. Une commission médico-judiciaire dite « commission de protection sociale », composée d'un magistrat, d'un membre du barreau et d'un médecin psychiatre, choisirait le genre d'établissement où le délinquant serait placé. Elle statuerait sur le transfert dans un autre établissement, sur la mise en liberté à l'essai ou à titre définitif ; elle fixerait la durée et les modalités de la surveillance psychiatrique à laquelle le libéré à l'essai resterait soumis ; elle statuerait enfin sur la révocation de la libération à l'essai. Elle donnerait aussi son avis sur l'opportunité du maintien d'une surveillance psychiatrique à l'issue du temps de placement. Les individus soumis à surveillance en vertu des décisions prononcées plus haut, devraient faire l'objet, à la fois, d'examen psychiatriques réguliers, et d'un patronage qui les aiderait à se réadapter à la vie sociale. En conséquence nécessité de création de dispensaires psychiatriques et d'œuvres de patronage privées .

## BELGIQUE

La loi de Défense Sociale belge du 9 avril 1930, soustrait à la répression pénale, d'une part les anormaux — c'est-à-dire les aliénés, mais aussi les déséquilibrés graves et les grands débiles mentaux — de l'autre les récidivistes ou délinquants d'habitude. Les dispositions relatives à ces deux catégories de sujets sont nettement différentes et nous ne nous attacherons ici qu'à rappeler les mesures prises à l'endroit du premier groupe d'entre eux, à savoir les anormaux, qui seuls nous intéressent dans cette étude (1).

Si nous rappelons d'abord succinctement les procédures de mise en observation et d'internement des inculpés suspects d'anomalie mentale, c'est afin de mieux éclairer les mesures qui sont prises lors de leur mise en liberté.

### La mise en observation.

Art. 1<sup>er</sup>. — « Lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction et de jugement peuvent, dans les cas où la loi autorise la détention préventive, le placer en observation dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire, en ordonnant, s'il échet, l'exécution immédiate de cette décision ».

Le Docteur L. Vervaeck, promoteur de cette loi a apporté quelques précisions sur ce qu'on entendait, en pratique, par les termes de démence, de déséquilibre, de débilité mentale, que la loi n'a volontairement pas définis. Par « démence » il faut comprendre toute les maladies mentales, qu'il s'agisse de psychoses aiguës et curables, ou d'affections chroniques à pronostic défavorable. Le

---

(1) De nombreuses précisions sur le fonctionnement de cette loi ont été puisées dans les articles de Mme LEFÈVRE parus dans la revue belge « *l'Écrou* ».

terme de « déséquilibre », expression d'une notion complexe, et d'une assez large interprétation, vise le groupe des vrais anormaux mentaux, distincts, d'une part des aliénés, de l'autre des débiles. Il englobe les psychopathes constitutionnels à déséquilibre intellectuel ou affectif, les pervers instinctifs, les toxicomanes et les alcooliques, les épileptiques, les hystériques. La débilité mentale grave est classique. L'usage a étendu, quant aux déséquilibrés et aux débiles, la portée des termes « le rendant incapable du contrôle de ses actions », reconnus trop restrictifs. L'opinion générale est que doivent être soumis au régime de Défense Sociale, tous les déséquilibrés et débiles dont la responsabilité est atténuée dans une très large mesure.

Les annexes psychiatriques des prisons, au nombre de huit, créées dès 1921 sur l'initiative du D<sup>r</sup> Vervaeck, sont des centres d'observation où sont placés les détenus atteints ou suspectés de troubles mentaux, et où sont parfois maintenus en traitement les sujets susceptibles de guérison rapide ; elles sont dirigées par un médecin du Service d'Anthropologie Pénitentiaire.

« Le placement en observation ayant pris fin, l'inculpé contre qui mandat d'arrêt a été décerné, est réintégré à la maison d'arrêt, à moins que son internement immédiat ne soit ordonné conformément à l'article 7. »

### **L'internement.**

Art. 7. — « Les juridictions d'instruction..., et les juridictions de jugement, peuvent ordonner l'internement immédiat, dans un des établissements spéciaux déterminés et organisés par le gouvernement, de l'inculpé qui a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est dans un des états prévus à l'art. 1<sup>er</sup>. La décision indique la durée de l'internement qui est de 5, 10 ou 15 ans, suivant les distinctions établies à l'art. 19 ».

Les Etablissements de Défense Sociale. Au moment de la mise en vigueur de la loi, trois types d'établissements de défense sociale furent créés :

1°) Des sections psychiatriques pour les déments aux asiles de l'Etat de Tournai (hommes) et de Mons (femmes).

2°) Des sections médico-pédagogiques pour débiles mentaux à la prison centrale de Gand (hommes) et à la prison de Forest (femmes).

3°) Des sections psycho-thérapeutiques pour déséquilibrés à l'établissement pénitentiaire de Merxplas (hommes) et à la prison de Forest (femmes).

Le premier type d'établissement avait donc été organisé, ainsi qu'il convient pour des malades mentaux, dans des asiles ; les deux autres avaient été maintenus dans le cadre pénitentiaire, ce qui paraissait logique également, les anormaux étant assez conscients de leur responsabilité pour être accessibles à une certaine intimidation participant au traitement thérapeutique et éducatif.

Des circonstances indépendantes de la volonté des législateurs obligèrent par la suite à restreindre le nombre de ces établissements et à en modifier la destination primitive.

### **Les Commissions.**

Il est institué auprès de chaque annexe psychiatrique une commission composée d'un magistrat, président, d'un avocat et d'un médecin du service d'anthropologie pénitentiaire. La commission désigne l'établissement où l'internement aura lieu, ordonne, le cas échéant, le transfèrement dans un autre établissement et statue sur la mise en liberté à l'essai ou à titre définitif. Avant de prendre une décision, la commission entend le Procureur, le directeur de l'établissement, l'interné et son conseil.

### **La mise en liberté.**

Le Tribunal a prononcé l'internement pour un temps déterminé, fixé suivant la gravité de l'acte, à 5, 10 ou 15 ans (art. 19).

Malgré la concession faite à l'opinion publique de prononcer l'internement pour un temps déterminé, les dispositions relatives à la libération instaurent, en fait, un régime de sentence indéterminée en accord avec le principe de Défense Sociale.

« Art. 20. — Lorsque l'état mental de l'interné est suffisamment amendé pour qu'il y ait lieu de croire qu'il ne constitue plus un danger social, la Commission prévue au chapitre III ordonne sa mise en liberté.

« Art. 21. — La mise en liberté d'un interné peut être ordonnée à titre d'essai. Dans ce cas, il reste soumis pendant un an au moins à une surveillance psychiatrique dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de mise en liberté. S'il ne donne plus de signes de trouble mental, sa mise en liberté devient définitive. Au cas contraire, ou s'il ne se soumet pas régulièrement à l'observation psychiatrique, il est, sur réquisition du Procureur du Roi..., réintégré à l'annexe psychiatrique... ».

— *La demande ou la proposition de libération* peut être formulée par le Procureur ou par l'interné (à l'accoutumée par ce dernier). Si la demande est rejetée, elle ne peut être reproduite avant 6 mois (art. 18). Par ailleurs, les membres de la Commission ou le Directeur de l'Etablissement de Défense Sociale, peuvent prendre à tout moment l'initiative d'une demande de libération.

— *L'époque de la mise en liberté.* La Commission a le droit d'ordonner la mise en liberté, définitive ou à l'essai, à n'importe quelle époque de l'internement, à condition toutefois que l'interné ne constitue plus un danger social. La Commission peut même libérer directement l'inculpé de l'annexe où il a été placé en observation, sans ordonner son placement dans un établissement de Défense Sociale.

— *La libération à l'essai* est, en fait, toujours pratiquée.

*Sa durée* est fixée par la Commission. Elle peut se poursuivre jusqu'à l'expiration du terme d'internement mais elle ne peut l'excéder, car après cette date, le sujet n'est plus à la disposition de la Commission. Ne pouvant être théoriquement inférieure à un an, la libération à l'essai pourra cependant ne pas atteindre ce taux quand le terme d'internement expire moins d'un an après la mise en liberté à l'essai. Ce régime présente, au dire d'auteurs belges, certains inconvénients. En effet, plus l'internement se prolonge, plus courte sera la période de libération à l'essai ; il semble, à l'inverse, que les anormaux internés le plus longtemps, étant a priori les plus dangereux, devraient être astreints à une plus longue tutelle. Il suscite aussi certaines difficultés, notamment l'impossibilité de proroger l'internement lorsque l'inculpé

est en liberté à l'essai. « Si sa conduite ne donne lieu à aucun reproche, la Commission se verra dans l'obligation de le libérer définitivement à l'expiration de son terme d'internement, et par conséquent de mettre fin à toute surveillance, ce qui, dans certains cas, peut être regrettable. L'internement ne pourrait être prorogé qu'au cas où le sujet aurait été réintégré à l'annexe ou à l'établissement de Défense Sociale » (1). Comme l'écrit L. Cornil : « une mise en liberté à l'essai fait incontestablement obstacle à la prorogation ». L'accord semble se faire sur la nécessité de donner aux Commissions le pouvoir de prolonger la surveillance au delà du terme fixé.

*Ses conditions.* La loi de Défense Sociale ne mentionne comme condition de libération à l'essai que le contrôle psychiatrique obligatoire. Pratiquement à l'heure actuelle, aucune libération à l'essai ne se fait en Belgique sans qu'il y ait un contrôle psychiatrique et une tutelle sociale (Dr de Greeff). Le médecin et le tuteur sont tenus de faire rapport tous les mois à la Commission.

*Le contrôle psychiatrique,* dont la Commission a fixé les modalités, est assuré dans la majorité des cas par les Dispensaires d'Hygiène Mentale dont sont dotées les principales villes du pays. Généralement, la fréquence des visites, gratuites, est fixée à une par mois, mais le médecin a la faculté de les rapprocher. Quand le dispensaire est trop éloigné, le contrôle est effectué par un médecin particulier. En cas de nécessité, la réintégration rapide à l'annexe psychiatrique peut être effectuée.

*La tutelle sociale* est exercée par des comités de patronage ou par certains particuliers, surtout par les Offices de Réadaptation Sociale et les Assistantes Sociales. L'Office de Réadaptation Sociale est un organisme autonome d'un caractère semi officiel, s'occupant de la prévention de vagabondage, du reclassement des condamnés libérés, et, depuis la mise en vigueur de la loi de Défense Sociale, de la tutelle et de la réadaptation des internés libérés des Annexes et des établissements de Défense Sociale. Une

---

(1) Mme D. LEFÈVRE, déplore le manque d'informations habituel où se trouve le tuteur au sujet du libéré dont la surveillance lui a été confiée.

collaboration étroite a coutume d'exister entre les Offices de Readaptation Sociale et les Dispensaires d'Hygiène Mentale.

Ces organismes précités assurent l'observation des conditions auxquelles la Commission a soumis la libération à l'essai du sujet (obligation de résider à un endroit désigné, de ne pas exercer telle profession, interdiction de fréquenter les débits de boisson, etc...). Ils remplissent de plus une action morale et une action sociale. On imagine aisément le rôle délicat, mais combien profitable, que sont appelées à jouer les Assistantes Sociales qui moralisent, guident et conseillent les anormaux rendus aux difficultés et aux dangers de la vie commune. Elles les assistent à leur sortie, les hébergent, s'ils sont isolés, dans une Maison d'Accueil prévue à cet effet, leur cherchent du travail, font appel, s'il en est besoin, à des œuvres ou à des institutions susceptibles de leur apporter une aide matérielle, accomplissent toutes les démarches nécessaires à l'obtention de pensions, d'allocations de chômage, etc..., au placement dans un hôpital, dans un sanatorium, etc... L'organisme chargé du reclassement s'efforce d'obtenir la gestion du pécule que l'interné peut posséder à sa sortie ; de multiples dangers, notamment pour les alcooliques, peuvent être ainsi évités. Il arrive que des sommes importantes, les biens du sujet, soient ainsi gérés en totalité par l'organisme d'assistance (D<sup>r</sup> de Greeff). La tutelle s'exerce par un double moyen : la visite du libéré à son tuteur, l'enquête au domicile et dans le milieu du libéré.

— *La libération définitive*, toujours secondaire en pratique, à une sortie à l'essai, peut être prononcée par la Commission quand celle-ci estime que le sujet ne constitue plus un danger social. D'autre part la libération devient définitive de plein droit, à l'expiration du délai fixé pour la libération à l'essai, à moins que la commission en ait auparavant décidé la prorogation ; elle le devient également à l'expiration du terme d'internement. En fait ces deux dates se confondent le plus souvent. Une seule condition s'impose donc à la libération définitive : il faut que la libération

à l'essai n'ait pas été révoquée avant la date d'expiration du terme d'internement fixé.

— *La réintégration* (art. 21), peut avoir lieu dans trois cas : — l'aggravation de l'état mental — la non observation des conditions de libération — lorsque le libéré se rend coupable d'un nouveau délit.

— *La prorogation* est fixée par l'art. 22 :

« Si la mise en liberté n'a pas été ordonnée par la Commission, le Procureur du Roi a la faculté, avant l'expiration des termes fixés à l'art. 19, (5, 10 et 15 ans) de faire soumettre la procédure à la juridiction qui a ordonné l'internement ».

La loi ne prévoit donc la possibilité de prorogation, que si la mise en liberté n'a pas été ordonnée. Elle pourra cependant avoir lieu si l'interné a été libéré, à condition qu'il ait été réintégré dans la suite. La libération à l'essai s'oppose donc à la prorogation. Nous avons signalé cet inconvénient précédemment. La prorogation a lieu sur proposition du directeur de l'établissement, ou du médecin chef de l'annexe. La durée du nouveau terme d'internement sera identique au premier, et pourra être renouvelée de la même manière.

\*  
\* \*

Les mesures de défense sociale sont, en Hollande et en Suède, restreintes à certaines catégories de délinquants ou criminels anormaux (1).

#### HOLLANDE

La loi connaît deux mesures regardant les délinquants anormaux : l'internement dans un asile d'aliénés et la « mise à la disposition du gouvernement » (Code Pénal, art. 37).

---

(1) Nous empruntons au rapport du D<sup>r</sup> LÉCULIER au congrès de Montpellier des Médecins Aliénistes (sept. 1939) l'exposé des mesures en application dans ces deux pays.

L'aliéné délinquant interné dans un asile par sentence judiciaire est libéré sur décision du médecin de l'asile comme tout autre aliéné. Sa réadaptation sociale est facilitée par l'action des sociétés de secours, des dispensaires, etc.

Mais très fréquemment (« C'est presque la règle », Dr Van der Hoeven), le tribunal prononce, en même temps que l'ordre d'internement, « la mise à la disposition du gouvernement ». De ce fait, l'aliéné, lors de sa sortie de l'asile, au lieu d'être mis en liberté, est transféré à l'asile de psychopathes, établissement à direction médicale où est appliquée la loi du 25 mai 1925 sur les anormaux délinquants.

La sortie de l'asile de psychopathes est prononcée par le Ministre de la Justice assisté d'un Conseil spécial, sur le vu de l'avis amplement documenté du médecin chef de l'asile. Cette sortie est toujours un congé d'essai, qui peut être supprimé à tout instant et prolongé à discrétion par le Ministre.

Il y a lieu de noter que l'application de la loi du 25 mai 1925 est très réduite depuis une loi de 1933 qui, pour raison d'économie, exclut temporairement de l'internement les anormaux ayant commis des délits sans violence (sauf troisième récidive), ce qui fait que seuls sont internés actuellement, au titre de la loi de Défense Sociale, les déséquilibrés agressifs ou atteints de perversions sexuelles.

## SUÈDE

Des lois différentes régissent les aliénés et les anormaux :

1°) *Aliénés criminels*. — Leur sortie ne peut, comme celle des autres aliénés, être décidée par le médecin de l'asile (art 18 de la loi sur les aliénés du 19 septembre 1929). Cet article est applicable, que le criminel ait été déclaré ou non punissable par le tribunal, ou qu'il n'ait pas été poursuivi du fait de sa maladie mentale, ou qu'il ait subi, avant son internement, une peine privative de liberté, ou encore qu'il ait été libéré d'un établissement de sûreté pour anormaux.

Dans tous ces cas, la sortie est ordonnée par la « Commission pour les aliénés », composée du chef de Conseil de Santé, de deux aliénistes, d'un juge et d'un membre laïque. Après la sortie, l'aliéné criminel demeure sous surveillance.

2°) *Anormaux criminels et dangereux*. — Leur sort est réglé par la loi du 18 juin 1937 (remplaçant les deux lois du 22 avril 1927) qui concerne à la fois les anormaux punissables, mais réfractaires à la peine ordinaire, et les récidivistes dangereux. Le tribunal ne peut décider leur internement qu'après avis favorable de la « Commission d'internement » composée d'un juge, du directeur de l'administration pénitentiaire, d'un psychiatre et de deux autres membres. L'avis favorable de la Commission est nécessaire, mais non déterminant.

Le juge décide l'internement (sans fixer de peine, depuis le 18-6-37). La sortie de l'établissement de préservation est décidée par la Commission d'internement, après un séjour minimum de deux années et seulement si l'anormal n'est plus dangereux.

Libéré, l'anormal demeure sous la surveillance d'une personne désignée dans chaque cas particulier ; cette surveillance d'une durée de trois ans est renouvelable une fois.

Il y a eu une cinquantaine de sorties depuis la promulgation de la loi de 1927 (l'établissement de sûreté contenant une centaine d'anormaux et 40 récidivistes).

\*  
\* \*

L'application du principe de Défense Sociale peut donc, comme en Belgique, être prévue à tous les délinquants et criminels aliénés ou anormaux, ou être, comme en Hollande et en Suède, restreinte aux seuls anormaux. Ces deux conceptions, qui adoptent l'une et l'autre la mesure essentielle de la Défense Sociale vis-à-vis des anormaux antisociaux, ont apporté à l'usage d'excellents résultats.

Comme la clinique nous montre qu'en fait la plupart des aliénés criminels sont des malades semblables aux autres dont la sortie ne présente habituellement pas de difficulté particulière, et qu'en

général seuls les anormaux posent un problème impossible à résoudre dans l'état actuel de la législation, il nous semblerait naturel, à l'exemple de la Hollande et de la Suède, de n'envisager l'application du principe de Défense Sociale qu'au seul groupe des anormaux antisociaux. En effet, comme nous l'avons dit antérieurement, on peut distinguer parmi les internés judiciaires deux catégories de sujets bien différents :

A) — un premier groupe, *dont l'irresponsabilité est indiscutable*, comprend les véritables aliénés criminels, aliénés délirants ou affaiblis intellectuels. Même en l'absence de réactions médico-légales, ils n'en auraient pas moins pu être internés.

— les uns peuvent n'être que des judiciaires accidentels : c'est la majorité.

— les autres, en plus de leurs perturbations psychopathiques, sont des tares profonds du caractère avec tendances perverses : c'est la minorité.

Les premiers ne relèvent que de l'asile ordinaire, les seconds nécessiteraient, comme à l'endroit de tous les anormaux, l'institution de mesures de Défense Sociale assurant leur maintien dans des asiles de sûreté, prescrivant des mesures particulières à leur sortie.

B) — un second groupe, *dont l'irresponsabilité est discutable* — et fonction de doctrines médico-légales qui, tendant à éviter la demi-mesure inefficace et dangereuse de la responsabilité atténuée, inclinent pour l'internement à défaut de dispositions spéciales prévues par une loi de Défense Sociale — comprend les *anormaux antisociaux* :

— délinquants récidivistes : déséquilibres, anormaux constitutionnels, pervers instinctifs, instables, inadaptables sociaux, impulsifs violents, alcooliques...

— criminels : sujets non délirants, à comportement lié à des épisodes réactionnels transitoires les laissant entre temps lucides et conscients (alcoolisme excito-moteur ou épileptoïde, épilepsie en période intercalaire des crises, troubles du caractère...).

A l'asile, ces anormaux ne peuvent être considérés comme des

aliénés et partant ne relèvent pas des services ordinaires. Ils devraient faire l'objet de mesures de Défense Sociale et être séquestrés dans des établissements spéciaux.

Ainsi, en pratique, l'utilité d'une loi de Défense Sociale semble surtout évidente pour les sujets habituellement lucides qui ne peuvent, en conséquence, être maintenus au titre de malades. En particulier le problème des alcooliques et des anormaux antisociaux ne peut être pleinement résolu que par l'adoption de ce principe, dont l'application seule permet de protéger la Société d'une manière efficace et durable.

Des dispositions législatives particulières devraient régler leur internement. Les mesures de sûreté prises à leur égard seraient individuelles et indéterminées ; comme il a été dit, ce ne seraient pas des peines, mais des modes de redressement moral, des garanties prises afin de les mettre hors d'état de nuire, et, par conséquent de récidiver. Leur maintien serait assuré dans des établissements spéciaux : établissements ou quartiers de sûreté, et, pour les alcooliques, établissements ou quartier de travail et de désintoxication.

La décision de sortie serait basée sur la disparition de la nocivité et non pas seulement sur celle des troubles mentaux. Une Commission se prononcerait sur l'opportunité et les conditions de la libération qui serait toujours accordée, en un premier temps, à titre d'essai, sous surveillance psychiatrique et sociale, et accompagnée de mesures d'assistance.

\*  
\* \*

### III. — Améliorations du mode de sortie dans le cadre hospitalier actuel

En l'absence, et dans l'attente d'une loi de Défense Sociale qui seule, pensons-nous, permettrait de résoudre le problème posé par certains des aliénés délinquants ou criminels, des améliora-

tions doivent et peuvent déjà être apportées dans le mode actuel de leur libération. Le nécessité de sa réforme est indiscutable ; elle pourrait être effectuée sans modifications législatives importantes et sans bouleversement du principe de leur internement.

Nous ne discuterons pas, dans cette étude que nous avons voulue pratique, de l'autorité la plus qualifiée pour prononcer la sortie. Si l'autorité judiciaire, réclamée par la majorité des auteurs, peut être préférable pour des raisons théoriques, elle n'en reste pas moins pas plus compétente qu'une autre pour juger de l'opportunité de la libération, qui est essentiellement d'appréciation médicale. *Ce qui importe n'est pas l'autorité qui prononce la sortie, mais la détermination des conditions auxquelles celle-ci peut être autorisée.*

En reprenant les principaux points de l'étude des conditions médico-sociales de la sortie, nous allons essayer de préciser les améliorations et les modifications qu'il serait nécessaire d'apporter au mode et aux conditions actuelles de libération des aliénés judiciaires.

#### A) CONDITIONS NÉCESSAIRES AVANT LA LIBÉRATION

La connaissance de l'individualité psychique du malade étant acquise, il faut être informé avec précision, d'une part de son passé médico-judiciaire, d'autre part des conditions sociales qui l'attendent à sa sortie.

##### *Connaissance du passé.*

*Le dossier a coutume, nous l'avons vu, d'être en province d'une indigence extrême qui laisse habituellement inconnue l'histoire antérieure du malade, quand ce ne sont pas les faits précis qui ont motivé son internement. Si, dans la Seine, les plus grands soins sont apportés à sa confection et à sa tenue à jour, de graves lacunes s'y rencontrent parfois, imputables au passage antérieur*

du sujet dans un ou plusieurs asiles de province, ou à son transfèrement secondaire.

En un premier temps, les dossiers de province devraient être, par de simples mesures inter-administratives, constitués avec autant de soin que ceux des internés de la Seine. Les transfèrements, en particulier, ne devraient s'effectuer qu'avec un dossier contenant la totalité des renseignements de tous ordres, concernant le malade. Mais, seul *un casier central des aliénés* permettrait de posséder une documentation complète, facilement et rapidement accessible à la demande des experts ou du médecin traitant. Un seul service, écrit P. Beaussart (1), pourrait remplir ce nouvel office, c'est celui des aliénés de la Préfecture de Police. Il est déjà spécialisé : il a dans ses attributions une bonne partie des internés du territoire et la majorité de ceux pour lesquels des moyens complets d'investigation sont réclamés. Par sa liaison étroite avec le service de l'Identité Judiciaire qui lui fournit le relevé des sommiers judiciaires de toutes les personnes dont il a le dossier, le travail de renseignements est déjà simplifié.

Le casier central des aliénés pourrait comprendre, selon la proposition de P. Beaussart :

1°) Les avis d'internement, de transfèrement, de sortie, d'évasion, de réintégration, de sortie.

2°) Le relevé de toutes les condamnations pris aux sommiers.

3°) L'avis des poursuites suivies de non lieu pour irresponsabilité, avec ou sans internement consécutif.

Des fiches, d'un modèle uniforme, pourraient être fournies aux asiles qui y porteraient mention de tous les renseignements d'état-civil. Lors de l'entrée, du transfèrement, de la sortie, de l'évasion, de la réintégration, du décès, un bulletin serait expédié au fichier central.

L'entrée comprendrait l'indication du placement volontaire, du placement d'office, du placement à la suite du non lieu avec l'in-

---

(1) P. BEAUSSART. *Carnet individuel pour aliénés, fichier central et autres moyens d'investigation*. A. M. P. 1925.

dication du délit ou du crime. Tout juge d'instruction, en cas d'expertise médico-légale, demanderait une copie de toutes les indications portées au fichier. Il la communiquerait à l'expert nommé qui aurait ensuite licence de s'en référer à chaque asile, — à la rigueur par la voie du juge ou du préfet, — pour obtenir quelques compléments d'information, notamment d'ordre médical. Par réciproque, le service du fichier aviserait tout parquet des internements, des évasions, des non lieu pour irresponsabilité, des individus qui, par l'intermédiaire de la section des somnifères, lui seraient signalés comme étant sous mandat de dépôt. Il aviserait également l'asile des antécédents judiciaires du malade et de ses internements dans d'autres asiles, et cela automatiquement. Cette réforme, conclut P. Beaussart, qui est du domaine de l'Administration, peut être envisagée sans l'intervention d'aucune disposition légale.

#### *Connaissance du milieu.*

Les chances de rechute, avons-nous dit, sont souvent autant facteur des conditions de vie du sujet que de son état psychique. La connaissance exacte du milieu familial, social ou professionnel est donc indispensable au médecin pour juger de la libération. Nous avons vu l'impossibilité dans laquelle il se trouvait de pouvoir se documenter d'une façon précise à ce sujet. Ce rôle devrait être rempli par un personnel spécialisé, nanti de notions psychiatriques suffisantes, et légalement habilité à cet effet. L'enquête devrait être discrète et ne pas revêtir un caractère « policier » qui risquerait, soit de porter préjudice au malade ou aux siens, soit de provoquer la réticence des personnes interrogées. C'est dire que seule une Assistante Sociale qualifiée, attachée à chaque asile, pourrait remplir cette fonction. Le contact direct entre le médecin et la famille n'en devrait pas moins être recherché toutes les fois qu'il serait possible ; mais la réalité des assertions du malade ou des siens, les renseignements sur sa vie passée, son éducation, la nature du milieu familial, seraient contrôlés et complétés sur

place par l'Assistante Sociale qui se documenterait en outre sur ses antécédents sociaux et professionnels. La connaissance du milieu familial réel étant acquise, il serait capital d'étudier un autre élément du problème de la réadaptation sociale : c'est la possibilité d'une occupation régulière. Dans le cas le plus habituel, la reprise du travail est une condition indispensable à la libération, tant par son action favorable au point de vue mental, qu'en considération des dangers de l'inaction propice aux rechutes des alcooliques et aux tentations qu'entraîne la misère (P. Léculier). Ce travail doit être régulier, suffisamment rémunéré pour assurer l'existence matérielle, et enfin adapté aux possibilités physiques et techniques du sujet. Outre que les antécédents d'aliéné criminel ne facilitent pas un embauchage, l'interné, s'il est dénué de famille ou si celle-ci est indifférente ou hostile, se trouve dans l'impossibilité de chercher, donc de trouver, un emploi qui est à la base même de sa libération. Le reclassement professionnel de ces sujets serait grandement facilité par l'existence des assistantes sociales attachées aux asiles. Au congrès d'Hygiène mentale de Paris de 1937, L. Vervaeck a précisé l'importance et aussi les difficultés de la recherche du travail, telles que les a révélées l'expérience de la loi de défense sociale belge. L'action de l'assistante sociale ne s'est pas toujours montrée suffisante au réembauchage de l'interné dont la collaboration personnelle a parfois été nécessaire pour lui trouver du travail. Sa présence est souvent indispensable, l'employeur désirant, avant de l'engager, voir personnellement l'ouvrier et juger de ses capacités. Ainsi qu'il se pratique en Belgique, le sujet pourrait être autorisé à sortir, seul ou accompagné, quelques heures par jour, durant lesquelles il pourrait chercher du travail ou se présenter à un employeur éventuel. Cette mesure s'est montrée efficace dans 80 % des cas ; les inconvénients qu'elle peut présenter (ébrioité, évasion, conflits familiaux) ne doivent pas être exagérés : 90 % des essais réalisés ont eu lieu sans incidents. La sortie pourrait parfois être accordée si le malade était assuré d'un métier différent de celui qu'il exerçait antérieurement ; les risques de rechute liées, soit à la nature

de l'affection (alcoolisme, épilepsie...), soit au genre du délit commis (vols, attentats aux mœurs) seraient alors en grande partie évités.

La connaissance de ces divers éléments tenant à l'individu et au milieu où il doit vivre permettrait, dans chaque cas particulier, de formuler avec précision les conditions suivant lesquelles la sortie serait autorisée.

## B) LES CONDITIONS DE LA SORTIE

En effet, le point capital de la libération d'un aliéné judiciaire devrait être le *caractère conditionnel* de sa sortie. La mise en liberté d'un sujet qui a déjà montré sa nocivité n'est possible, sans danger pour la Société, qu'accompagnée de mesures propres à prévenir le retour d'actes antisociaux. Or la libération ne peut être le fait d'aucune règle fixe : chaque cas est particulier, chaque malade pose un problème nouveau. A chacun, des conditions spéciales doivent être imposées. Leur efficacité dépendra du contrôle de leur exécution et de la sanction prévue à leur manquement. La sortie devrait donc être *conditionnelle, surveillée, révocable*.

Les *conditions* à prescrire seraient variables suivant les malades. Cependant, en règle générale, l'interdiction du port d'armes, l'abstinence d'alcool avec interdiction de fréquenter les débits de boissons, et l'obligation d'un travail régulier parfois complétée d'un engagement de ne pas quitter sans autorisation préalable un employeur désigné, seraient des conditions indispensables, au moins pour un temps, lors de la libération de tout aliéné judiciaire. Suivant les cas, d'autres conditions seraient prescrites, telles que l'interdiction d'exercer un métier susceptible de favoriser une rechute, de quitter un lieu de résidence préalablement fixé, de fréquenter telle personne, etc... Ces conditions, consignées par écrit, seraient remises au malade qui aurait pris l'engagement de s'y soumettre, à son entourage, aux personnes chargées de sa surveillance.

Le *contrôle* de leur exécution serait réalisé par une double sur-

veillance, médicale et sociale. Les mesures adoptées en Belgique constituent un excellent exemple. La *surveillance médicale* serait assurée par un dispensaire (1), ou par un médecin nommément désigné, devant lesquels le sujet serait astreint à se présenter, tous les mois par exemple. La *tutelle sociale* pourrait être exercée, soit par une personne de confiance civilement responsable (2) (parent, patron), soit par une société de patronage, soit par un organisme spécialement créé, comparable à l'Office de Réadaptation Sociale belge. Seul ce dernier mode serait véritablement efficace. Les sociétés de patronage malgré le dévouement de leurs membres, forcément bénévoles, au temps souvent limité, et dénués le plus souvent de connaissances de médecine psychiatrique même élémentaires, ne peuvent que remplir un rôle d'assistance et non de surveillance vraiment réel. En l'absence d'un organisme spécial, les Assistantes Sociales Psychiatriques attachées à chaque asile, seraient chargées de cette surveillance constituée par des enquêtes sur place et par des visites régulières du malade au bureau de l'Assistante. Elles devraient en outre, comme nous l'avons montré dans l'exposé de la loi belge, assister, guider, conseiller le libéré, conjointement, le cas échéant avec une société de patronage. La durée de surveillance n'aurait pas un terme fixe, mais serait fonction de l'état mental et de la conduite du sujet.

Le *caractère révocable* de la libération est essentiel. La crainte

---

(1) L'extension des consultations d'Hygiène mentale prévue par la circulaire du 13 octobre 1937 faciliterait l'exécution de cette mesure.

(2) Actuellement, l'engagement de prise en responsabilité et de surveillance auquel on fait souscrire les demandeurs au moment des sorties d'essai accordées aux malades qui peuvent être remis à des tiers sollicitant leur libération, ne semble pas avoir de valeur juridique, la responsabilité civile de parents ou amis ayant demandé la sortie d'aliénés internés n'était établie par aucun texte. Divers projets, notamment ceux de H. MICHEL en 1922 et de J. STRAUSS en 1928, proposaient l'institution légale de cette responsabilité. Cependant M. PERREAU (A. M. L., oct. 1924) écrit : « en attendant cette date, satisfaction paraît être assurée par la plus récente juridiction de Cassation rendant les personnes qui se chargent de conserver chez elles un de leurs parents aliéné, très rigoureusement *responsables* en cas de délit pénal (Cass. Crim. 28 juin 1912, Sirey 1913, Bull. du Sommaire, 1, 119) mais encore de simple quasi délit civil, comme l'introduction par un demi fou de poursuites inconsidérées contre autrui (Cass. 30 juil. 1906, Sirey 1910, 1, 20 cf. Rione Critique de législation et de jurisprudence, 1911, p. 72-74) ».

du réinternement a une valeur préventive certaine, et assure le respect des conditions imposées. Pratiquée rapidement la réintégration évite les rechutes et les récidives d'actes antisociaux. Elle pourrait être confiée à l'autorité qui a prononcé l'internement : le Préfet, dans l'état actuel de notre législation.

La sortie ne devrait donc avoir qu'un caractère provisoire et ne devenir définitive que si les conditions fixées sont régulièrement observées. Ce serait une *libération à titre d'essai* comme il en est pratiqué en plusieurs pays étrangers. Elle ne pourrait être révoquée que pendant un temps déterminé, comme en Belgique, en Angleterre..., ou le demeurer pendant toute la vie du sujet, comme en Ecosse. Le projet de loi sur la réforme de la loi de 1838, qui a été voté par la Chambre des Députés le 20 juin 1939, légalisait les sorties d'essai déjà pratiquées dans certains départements à l'endroit de tout aliéné libérable. Leur terme, qui ne peut excéder trois mois, est trop court pour assurer une surveillance efficace des aliénés judiciaires. Des mesures particulières à la libération de ces malades pourraient être facilement adjointes au texte primitif, et seraient en harmonie avec l'esprit des dispositions déjà prises.

### C) LE MODE DE LA SORTIE

Quelle que soit l'autorité appelée à prononcer la sortie, l'examen de l'état de l'aliéné, sa connaissance psychique et caractérielle, le pronostic de ses chances de récidive, la fixation des conditions auxquelles pourrait s'effectuer une libération éventuelle, ont un caractère de véritable appréciation technique, nécessitant l'avis de spécialistes compétents. Ceux-ci ne peuvent être que des médecins aliénistes, et, en premier lieu, le médecin traitant, qui possède une connaissance approfondie du malade qu'il a soigné. Celui-ci devrait-il rester seul à juger de la libération ? Pour donner plus de poids à la proposition de maintien ou de mise en liberté, et pour le décharger de la totalité de la responsabilité, le médecin traitant pourrait être utilement assisté, au moment d'une décision dont les conséquences peuvent être graves tant pour le

malade que pour la Société. Mais si la création d'une commission, chargée de se prononcer sur l'opportunité et les conditions de la sortie, est désirable, seule serait logique et adéquate sa composition uniquement médicale. Cette *commission médicale* serait de rôle purement consultatif, le pouvoir final de décision restant à l'autorité qui aurait prononcé l'internement. A l'exemple de celle fonctionnant à Hoerdt, elle serait composée du médecin du service et deux autres psychiatres choisis par le Préfet ; elle serait comparable, dans son principe, à la commission médicale qui est parfois nommée par le Tribunal civil, lorsque celui-ci, saisi au titre de l'art. 29 d'une demande de sortie d'un aliéné judiciaire, désigne, pour l'examiner, trois experts. La composition mixte, médico-judiciaire, de la commission, qui se justifie quand, comme en Belgique par exemple, le pouvoir de décision appartient à la dite commission, n'ajouterait rien, par la participation d'un ou plusieurs magistrats ou membres du barreau, à la compétence d'un organisme consultatif de caractère technique très précis. En pratique, les membres non médicaux de la commission, soit entérineraient purement et simplement la décision du psychiatre qui, en l'occurrence, aurait mieux aimé être éclairé et soutenu de l'opinion de confrères spécialisés, soit s'opposeraient à l'avis du médecin, seul véritablement compétent en la matière.

La commission médicale, dont les attributions et le mode de fonctionnement seraient par ailleurs précisés, présenterait l'avantage incontestable de la compétence, et aurait la qualité d'être simple, pratique, et applicable sans réforme législative.

\*  
\* \*

Ces améliorations, qu'il serait urgent d'apporter dans le mode et les conditions de la libération des aliénés délinquants ou criminels internés selon la législation actuelle, resteraient aussi nécessaires en cas d'institution d'une loi de Défense Sociale. Les difficultés pratiques auxquelles se heurte la libération de ces sujets persistant identiques quel que soit le principe de leur internement.



## CONCLUSIONS

---

I. — La législation française ne s'est pas préoccupée des aliénés délinquants ou criminels qui sont assimilés à tout autre malade placé d'office, et dont la libération ne reconnaît aucun mode particulier, aucune condition spéciale.

En province, la sortie est, en pratique, prononcée par la seule autorité administrative sur avis favorable du médecin traitant, sans sollicitation de l'opinion de l'autorité judiciaire.

Certaines administrations par contre, ont pris coutume de ne jamais libérer un aliéné judiciaire sans en avoir au préalable référé à l'autorité judiciaire. Dans la Seine, la libération, quand elle est prononcée par l'autorité administrative, est toujours ordonnée après avis conforme du Parquet ; parfois même, le Préfet se refuse et laisse au Tribunal le soin de juger de la demande de mise en liberté. A l'asile de Hoerdt, la sortie est prononcée par l'autorité administrative sur les conclusions favorables d'une commission médicale, et après sollicitation de l'avis du Parquet.

II. — En fait, la majorité des aliénés délinquants ou criminels sont des malades semblables aux autres dont le maintien et la libération ne présentent pas de difficultés spéciales. Seules, en pratique, deux catégories d'internés — les alcooliques et les anormaux antisociaux, sujets habituellement lucides et qu'il est difficile de maintenir au titre de malades malgré leur nocivité démontrée — posent un problème difficile à résoudre.

III. — La plupart des projets de réforme de la loi de 1838 orientés surtout vers le transfert du pouvoir de décision de l'autorité

administrative à l'autorité judiciaire et vers la création de commissions médico-judiciaires, laissent inchangé le fond du problème qui réside, semble-t-il, plus dans l'amélioration des conditions de fait, qui précèdent et qui suivent la libération, que dans le choix de l'autorité qui serait appelée à la prononcer.

IV. — Seule l'adoption du principe de Défense Sociale, aux termes duquel, la notion de nocivité étant substituée à celle de responsabilité la séquestration est fondée non plus sur l'existence de troubles mentaux mais sur la persistance des tendances antisociales du sujet, permettrait de résoudre complètement le problème posé par certains des aliénés délinquants ou criminels. A l'exemple de la législation belge, l'application de cette mesure pourrait être prévue à tous les aliénés et anormaux antisociaux, ou mieux, comme en Hollande et en Suède, être limitée au cas des seuls anormaux déséquilibrés ou pervers. Le maintien de ceux-ci serait assuré dans des établissements spéciaux distincts des asiles ordinaires, et leur libération soumise à une procédure particulière.

V. — En l'absence et dans l'attente d'une loi de Défense Sociale, certaines mesures pratiques visant à l'amélioration des modalités de sortie, applicables dès maintenant et dont la nécessité demeurerait aussi réelle en cas d'institution d'une telle loi, pourraient être adoptées sans modifications législatives importantes et sans changement du principe actuel de l'internement.

— Le passé du malade devrait pouvoir être connu avec exactitude par un dossier précis et complet ; la création d'un casier central des aliénés permettrait d'arriver à un tel résultat. La connaissance du milieu et des conditions sociales et professionnelles qui l'attendent à sa sortie étant un élément fondamental de l'étude de la libération, des Assistantes Sociales Psychiatriques pourraient, entre autres fonctions, être chargées de remplir ce rôle de documentation.

— Une commission médicale de rôle consultatif — le pouvoir

de décision restant à l'autorité qui aurait prononcé l'internement — délibérerait sur l'opportunité de la sortie et fixerait ses conditions.

— La sortie devrait être conditionnelle, surveillée, révocable. Ce serait une libération à l'essai avec double surveillance médicale et sociale, accompagnée de mesures d'assistance.

*Vu : Le Doyen,*  
A. BAUDOUIN

*Vu : Le Président de thèse,*  
M. LAIGNEL-LAVASTINE

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Le Recteur de l'Université de Paris,*  
Gilbert GIDEL

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ABELY (X.). — *La technique de l'internement des aliénés criminels*. A. M. L. Mars 1932, p. 107.
- ABELY (X.) et (P.). — *L'internement des arriérés sociaux* (pervers constitutionnels). A. M. P. Février 1934, p. 157.
- ABELY (X.). — *Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de Code Penal*. A. M. P. 1934. T. II, p. 824.
- ABELY (X.). — *Législation des aliénés criminels*. A. F. Janvier-Février 1939.
- ALEXANDER (M.). — *Pronostic social et pronostic psychiatrique de la récidive des délinquants anormaux*; in *Revue de droit pénal et criminologie*. Juin 1934, p. 533.
- ALEXANDER (M.). — *Les Offices de Réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique*. A. F. Juin 1935.
- ALLOMBERT-GOGET. — *La question de l'internement des aliénés criminels*. Thèse Droit. Grenoble 1902.
- ANGLADE et COLOMBE. — *Traitement et assistance des épileptiques*. *Gaz. des Hôp.* 15 novembre 1941.
- AUZOUY. — *De la responsabilité au sujet des évasions*. A. M. P. Mai 1878.
- BADOIT (M.). — *Les aliénés criminels, leur sortie du quartier de sûreté*. Thèse méd. Strasbourg, 1923.
- BEAUSSART (P.). — *Carnet individuel pour aliénés, fichier central et autres moyens d'investigation*. A. M. P. Avril 1925, p. 289.
- BEAUSSART (P.). — *La procédure d'appel dans le jeu de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838*. A. F. Juillet 1937, p. 297.
- BERNARD (G.). — *L'asile des aliénés criminels de Gaillon. Sa nécessité. Son organisation future*. Thèse méd. Paris, 1905.
- BERSOT (H.). — *La psychiatrie sociale en Europe. L'assistance psychiatrique extra-hospitalière*. *Arch. Intern. Neurologie*, 1940, p. 152.
- BERSOT (H.). — *Que fait-on, en Suisse pour les malades nerveux et mentaux?* Huber. Berne s. d. 1936.
- BONHOMME (J.). — *Etude sémiologique et thérapeutique des aliénés vicieux*. Thèse méd. Montpellier, 1911.
- BOUFFARD. — *L'assistance aux aliénés dans leur convalescence*. Thèse méd. Paris, 1906.
- CHARPENTIER (R.). — *A propos de la réforme du Code Penal*. A. M. P. 1933. T. II, p. 353.
- CHARPENTIER (R.). — *Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code Pénal*. A. M. P. 1934. T. II, p. 620.

- CHARPENTIER (R.). — *Les internements volontairement prolongés*. A. M. P. Juin 1941, p. 30.
- CLAUDE (H.). — *Les aliénés en liberté*. Rapport au Congrès de Méd. Leg. Paris, 1933. A. M. L. 1933, p. 169 ; p. 553.
- CLAUDE (H.). — *Les aliénés en liberté*. Bulletin de l'Académie de Médecine 1932. A. M. P. 1933. T. I, p. 687 et A. F. 1932, p. 605.
- CLERAMBAULT (De). — *Sur la communication aux Préfets des rapports d'expertise concernant les aliénés irresponsables*. Bul. de la Soc. de Méd. Leg. 1920, p. 25.
- COLIN (H.) et DEMAY (G.). — *Les aliénés criminels*. In « Traité de Pathologie Médicale » de E. Sergent, Maloine.
- COLLARD (J.). — *Contribution à la réforme de la loi de 1838*. Thèse Méd. Paris, 1914.
- CORBET (H.). — *La défense sociale à l'égard des pervers*. Thèse méd. Paris, 1938.
- COSSA (S.). — *Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés au double point de vue de la liberté individuelle et de la sécurité des personnes*. Informateur des aliénistes, 1908, p. 17.
- COURTOIS et ANGLADE. — *La législation comparée de l'assistance psychiatrique*. Rapport au Congrès d'Hygiène Mentale. Paris, 1937.
- DAUMEZON et CASSAN. — *Manifestations épisodiques déclanchées par les événements de juin 1940 : réactions meurtrières amnesiques chez une débile hypérémotive*. A. M. P. 1941, II, p. 106.
- DEMASSIEUX (E.). — *Le Service Social en psychiatrie, son application à la clinique Psychiatrique de l'Université d'Alger*. Thèse méd. Alger, 1941.
- DEROMBIES (M.). — *Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse*. A. M. P. 1937. T. I.
- DESRUELLES (M.). — *A propos du projet de loi portant refonte du Code Pénal*. A. M. P. 1935. T. I, p. 310.
- DESRUELLES et BERSOT (H.). — *L'assistance aux aliénés en Europe*. Hygiène mentale 1937-1938-1939.
- DUPOUY (R.). — *Etude sur les évasions d'aliénés*. A. M. P. Mars 1933.
- DUPOUY (R.). — *Le Service Social à l'Hôpital Henri Rousselle*. Prophylaxie mentale, septembre et octobre 1931.
- DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*. Masson.
- GAILLY. — *La surveillance psychiatrique et sociale des délinquants et anormaux libérés à l'essai après un internement de Défense Sociale*. Revue de droit pénal. Février 1933.
- ENQUÊTE sur l'opportunité de la Défense Sociale contre les anormaux psychiques délinquants et criminels. La Vie Médicale. 25 mai 1935.
- GARNIER. — *Examen critique du projet de loi sur les aliénés*. A. M. P. 1892, p. 408.
- GELMA (E.). — *L'assistance psychiatrique en Alsace-Lorraine*. L'Informateur des Aliénistes. Mars 1920.
- GUIARD (H.). — *Les alcooliques récidivistes*. Thèse méd. Paris, 1902.

- GUIRAUD (P.). — *Les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux*. A. M. P. Avril 1927.
- GRUPPER (M.). — *Le problème médico-social des aliénés dangereux en liberté*. Thèse méd. Strasbourg, 1934.
- GREEFF E. de. — *Introduction à la criminologie*. Louvain, 1937.
- HAYE (C.), et LAUZIER (J.). — *L'hygiène et la prophylaxie mentale bases de l'assistance psychiatrique*. A. F. 1937, p. 215.
- HAMEL et LAUZIER. — *Des modifications qui pourraient être apportées à la loi du 30 juin 1838*. A. M. P. 1938. T. I, p. 561.
- HAMEL, LALOUEL et PIERRON. — *Projet de modification de la loi du 30 juin 1838*. A. F. 1938. T. I, p. 304.
- HEUYER (G.). — *Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code Pénal*. Rapport de la Commission. A. M. P. 1935. T. I, p. 309.
- HEUYER (G.), et FOUQUET. — *Trois types d'observation de psychoses carcérales*. A. M. P. 1941, II, p. 197.
- ILBERG (G.). — *L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Allemagne*. Arch. Intern. Neurologie, 1940, p. 79.
- KINDERG (O.). — *Rapport au Congrès International d'Hygiène Mentale*. Paris, 1937.
- KERAVAL (P.). — *Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels*. Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes. Pau, 1904.
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.). — *Médecine Légale*, in « La pratique psychiatrique ». Paris. Baillière 1929.
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.). — *Introduction à la psychiatrie. Clinique psychiatrique*. Journal des praticiens. Décembre 1941.
- LAUZIER (J.). — *Rapport au nom de la Commission chargée de l'étude supplémentaire du rapport de M. Strauss*. A. F. 1932, p. 537.
- LAUZIER (J.). — *A propos des mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du Code Pénal*. A. M. P. 1934. T. I, p. 113.
- LÉCULIER (P.). — *Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés*. Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes. Montpellier, septembre 1939.
- LEFEVRE (D.). — *La loi de Défense Sociale dans ses rapports avec le Service Social*, in « L'Ecrou », organe de la Fédération des Fonctionnaires et Employés des prisons de Belgique.
- LEPEUPLE (E.-R.). — *L'assistance aux aliénés criminels*. Thèse méd. Bordeaux, 1908.
- LISBONNE et CAMBOULIVES. — *Proposition de loi relative aux délinquants mentalement anormaux*. Sénat 1937, n° 341. A. F. 1938. p. 17.
- LISBONNE, CAMBOULIVES, MARTY, DUCOUDRAY. — *Proposition de loi relative aux délinquants mentalement anormaux*. A. M. L. 1938, p. 561.
- MARIE (A.). — *La réforme de l'assistance aux aliénés*. Editions médicales. Paris. 1928.
- MELLOR (M.). — *Les aliénés et l'assistance judiciaire*. A. M. L. 1938, p. 543.

- MICHEL (H.). — *La législation et les aliénés criminels*. Bull. Soc. Méd. Leg. 1922, p. 136 et 148.
- MONFORT. — *De l'assistance aux délinquants et criminels anormaux*. Thèse méd. Nancy, 1923.
- MOUCHARD. — *Considérations médicales sur la section du projet de loi Dubief concernant les aliénés criminels et les criminels aliénés*. Thèse méd. Toulouse, 1907.
- NORDMAN (M.). — *De la surveillance des aliénés au sortir de l'asile*. La Loire médicale, novembre 1937.
- NYSSSEN (F.). — *A propos du régime des malades mentaux dans quelques pays d'Europe*. Journal belge de neurologie et psychiatrie, 1937. T. II, p. 411.
- OLIVIER (M.). — *Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels*. Thèse méd. Paris, 1903.
- ORELLI (F.). — *Les réintégrations après évasion*. A. F. Mars 1938, p. 102.
- PACTET et COLIN. — *Les aliénés dans les prisons*. Masson, 1902.
- PERREAU (J.). — *A propos d'une communication sur la responsabilité civile des parents ou amis ayant provoqué la sortie en cas de crime ou délit*. A. M. L. 1924, p. 473.
- PETIT (J.-B.). — *Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*. Delahaye. Paris, 1865.
- PETIT (A.). — *D'une classe de délinquants irresponsables intermédiaires aux aliénés et aux criminels*. Thèse. Paris, 1900.
- PETIT (H.). — *L'assistance aux enfants déficients et délinquants en Allemagne, Italie, U.R.S.S.* Hygiène mentale, 1936, p. 201.
- PICARD (J.) et EY (H.). — *Avantages du projet de loi portant refonte du Code Pénal dans les cas de responsabilité atténuée*. A. M. P. 1934. T. II, p. 832.
- PICARD (J.). — *Les lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion*. A. M. P. Mai 1938.
- PORCHER (Y.). — *La sortie des déséquilibrés pervers et antisociaux délinquants placés d'office dans les asiles d'aliénés*. Thèse méd. Paris, 1923.
- RAVIART et VULLIEN. — *L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle*. Congrès de médecine légale. Lille, mai 1934. A. M. L. 1934, p. 333.
- RAYNIER et BEAUDOUIN. — *L'asile et les asiles d'aliénés*. Le François, 1930.
- RAYNIER. — *Rapport de l'inspection générale des services administratifs (Assistance aux aliénés)*. Melun, 1923.
- ROUBINOVITCH (J.). — *Sur les inconvénients et l'amélioration possible de la pratique actuelle du Parquet au sujet des inculpés irresponsables et internés après non-lieu. Contribution à la défense sociale contre les aliénés criminels*. Bull. de la Soc. de Méd. Lég. 1920, p. 7.
- RODIET (A.). — *De la responsabilité des parents ou amis ayant provoqué la sortie de l'aliéné, en cas de crime ou délit*. A. M. L. 1923, p. 128.
- ROUBINOVITCH, GARCON et SAUVARD. — *Les aliénés et l'assistance judiciaire*. A. M. L. 1938, p. 700.

- SAUZAY. — *L'assistance aux psychopathes (aliénés et non aliénés) en Algérie*. Thèse méd. Alger, 1925.
- SERIEUX (P.). — *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*. Rapport au Conseil Général. Paris, Imprimerie Municipale, 1905.
- STRAUSS (J.). — *Projet de loi*. Sénat 1924, n° 8. Rapport Sénat 1928, n° 658 et rapport supplémentaire n° 595. A. F. 1932, p. 405.
- SOCIÉTÉS DE PATRONAGE pour aliénés (les). — *Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles publics du département de la Seine*. Statuts. A. F. 1928, p. 240.
- TOULOUSE et DUPOUY. — *Organisation générale de l'assistance aux psychopathes*. Hygiène mentale, 1927.
- VAN EITEN. — *Une enquête internationale sur quelques établissements pénitentiaires*. Hygiène mentale n° 3, 1932.
- VAN DER HØVEN. — *Rapport au Congrès International d'Hygiène Mentale*. Paris, 1937.
- VERIN. — *Des aliénés criminels et des criminels aliénés*. Thèse de Droit. Rennes, 1904.
- VERBEQ. — *Délinquance et criminalité des aliénés et des anormaux. Etude médico-sociale*. Thèse méd. Nancy, 1938.
- VERVAECK (L.). — *La libération des criminels anormaux internés par mesure de défense sociale*. A. F. 1932, p. 558.
- *Rapport au deuxième congrès d'hygiène mentale*. Paris, 1937.
  - *La mise en vigueur de la loi hollandaise régissant le régime pénal des psychopathes*. A. F. 1930, p. 211.
  - *Anormaux et Défense Sociale*. A. M. P. 1937. T. I, p. 512.
  - *La notion médicolégale du déséquilibre mental*. Journal belge de neurologie et de psychiatrie. Avril 1933.
  - *Deux années d'application de la loi de Défense Sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes*. Revue de droit pénal et de criminologie, 1933.
  - *Le premier bilan quinquennal de la loi de Défense sociale à l'égard des anormaux*. Revue de droit pénal et de criminologie, juin 1936.
  - *Les possibilités de traitement et de rééducation des anormaux à tendances antisociales*. Revue de droit pénal et de criminologie, avril 1934.
- VEXLER (A.). — *Pervers instinctifs. Prophylaxie médico-sociale*. Thèse méd. Paris, 1940.
- VIÉ (J.). — *Rapport sur les Assistantes Sociales Psychiatriques*. A. M. P. 1936. T. I, p. 783.
- WINTER. — *Rapport d'inspection générale*, in A. F. 1931, p. 268.

★ ★

Prière de se reporter en ce qui concerne les indications bibliographiques :  
 — des travaux antérieurs à 1904, au rapport KÉRAVAL.  
 — des projets de réforme de la loi de 1838, à M. DESRUELLES. — Histoire des projets de revision de la loi du 30 juin 1838. A. M. P. 1938, I, p. 585.

A. M. P. : Annales Médico-Psychologiques.  
 A. M. L. : Annales de Médecine Légale.  
 A. F. : Aliéniste Français.

# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION .....                                                                                                                                                                      | 11  |
| CHAPITRE PREMIER. — Procédure et modes de sortie des aliénés délinquants ou criminels internés.                                                                                         |     |
| I. Etat actuel de la législation .....                                                                                                                                                  | 15  |
| II. La sortie des aliénés judiciaires internés dans les asiles de province .....                                                                                                        | 20  |
| III. La sortie des aliénés judiciaires internés dans les asiles de la Seine .....                                                                                                       | 28  |
| IV. La sortie des quartiers de sûreté des asiles de Villejuif et de Hœrdt .....                                                                                                         | 43  |
| V. Possibilités de sortie par juridiction d'appel, après transfèrement, par évasion .....                                                                                               | 45  |
| CHAPITRE II. — Le problème de la sortie des aliénés délinquants ou criminels tel qu'il se pose actuellement au médecin d'asile.                                                         |     |
| I. Le dossier du malade .....                                                                                                                                                           | 66  |
| II. L'étude des conditions médicales de la sortie .....                                                                                                                                 | 69  |
| III. L'étude des conditions sociales de la sortie .....                                                                                                                                 | 84  |
| CHAPITRE III. — Réforme du mode de libération des aliénés délinquants ou criminels, par modification du principe de leur internement, ou par amélioration des modalités de leur sortie. |     |
| I. Rappel des récents projets de réforme ayant trait à la libération des délinquants ou criminels internés .....                                                                        | 90  |
| II. Le principe de Défense Sociale. Son application en Belgique, en Hollande et en Suède .....                                                                                          | 95  |
| III. Améliorations souhaitables des modalités pratiques de la sortie dans le cadre hospitalier actuel .....                                                                             | 109 |
| CONCLUSIONS .....                                                                                                                                                                       | 119 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                                                                                                     | 122 |





